

# 病後児保育室児童票

登録番号

--	--	--	--

平成 年 月 日記入

記入者名

ふりがな		男	愛称	生年月日	平成	年	月	日生
氏名		女			( 歳 カ月)			
住所 〒					TEL			
保護者	父・氏名	( 歳)	勤務先名	TEL				
	母・氏名	( 歳)	勤務先名	TEL				
兄弟姉妹		歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)				
緊急時の連絡先	①	(児との続柄)			TEL			
	②	(児との続柄)			TEL			
	③	(児との続柄)			TEL			
	④	(児との続柄)			TEL			
保育所等名		TEL						
かかりつけ医		TEL						
周産期	・妊娠中の異常 なし・あり( ) ・出生時体重 g ・出産は( 予定どおり・ 日早かった・ 日遅かった)(在胎 週 日) ・出産時の異常 なし・あり( )							
乳幼児期の発達	・首のすわり( カ月) ・おすわり( カ月) ・一人歩き( カ月) ・栄養法(母乳・人工・混合) ・離乳食開始時期(前期 カ月)(中期 カ月)(後期: カ月) (幼児食: 歳 カ月) ・初語(意味のある言葉)( 歳 カ月)							
予防接種	BCG	未・済						
	MR(麻疹・風疹)	未・1期済・2期済						
	ポリオ(□生ワク □不活化)	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済						
	* 四種混合接種者は記入不要							
	□三種 □四種 混合	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済						
	日本脳炎	未・I期1回目済・2回目済・追加済						
	ヒブワクチン	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済						
	肺炎球菌	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済						
	おたふくかぜ	未・1期済・2期済						
	水ぼうそう	未・1回目済・2回目済						
B型肝炎	未・1回目済・2回目済・追加済							
ロタウイルス	未・1回目済・2回目済・3回目済							
既往歴	・麻疹(はしか) ・風疹 ・水ぼうそう ・百日咳 ・おたふくかぜ ・川崎病 ・熱性けいれん ・てんかん ・アトピー性皮膚炎 ・気管支喘息 ・喘息性気管支炎 ・その他( ) 喘息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で常時内服している薬があれば具体的に記入して下さい。 (内服時間も)							
食事	嫌いな食べ物( ) アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入して下さい。							
その他	配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入して下さい。 (生まれつきの病気や手術歴・入院歴・既往歴・感染症歴、気になる発達の状況)							