

2021年度 病児・病後児保育室児童票

病児番号

病後児番号

記入日: 年 月 日

ふりがな 児童氏名		男	生年月日	西暦	年	月	日									
		女	愛称	(歳 ヶ月)												
自宅住所	(〒 -)	自宅電話番号														
		通園(学)施設名														
保 護 者	ふりがな 父・氏名			ふりがな 母・氏名												
	()歳			()歳												
	父携帯電話			母携帯電話												
	父 勤 務 先	名称			名称											
		住所			住所											
		電話			電話											
児童の きょうだい		歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)											
緊急連絡先()内 に優先順位を記入		父・携帯電話 ()	母・携帯電話 ()	父・勤務先 ()	母・勤務先 ()											
保護者以外の 緊急連絡先	ふりがな 氏名			児童との続柄	電話番号											
かかりつけ医療機関																
出生・出産 時の状況		分娩経過: 自然分娩・帝王切開・その他()														
		出生時体重: ()g		妊娠週数 ()週												
予 防 接 種	B型肝炎						四種混合					おたふくかぜ				
	ロタウィルス						三種混合・ポリオ					水痘				
	ヒブ						BCG					日本脳炎				
	肺炎球菌						MR(麻疹・風疹)					その他				
感 染 症 歴	麻疹		年	月	水痘		年	月	突発性		年	月				
	風疹		年	月	百日咳		年	月	発疹		年	月				
	おたふくかぜ		年	月	B型肝炎		年	月	(キャリアーでない・ある)							

入院歴	なし・あり	(病名 歳 ヶ月)	(病名 歳 ヶ月)						
		(病名 歳 ヶ月)	(病名 歳 ヶ月)						
熱性 けいれん	なし・あり	初回発作 歳 ヶ月	回数 回						
		最終発作 歳 ヶ月							
		発作時の対応							
喘息・喘息様 気管支炎	なし・あり	内服薬	飲んでいる・発作時のみ・飲んでいない						
		吸入療法	行っている・発作時のみ・行っていない						
アトピー性 皮膚炎	なし・あり	使用している薬	塗り薬・飲み薬・なし						
		食事療法	行っている・行っていない						
その他 日常的に服用している 薬		病名	薬の種類と与薬方法						
アレルギー	薬	なし・あり (薬品名)							
	食物	なし・あり							
食物チェック表 (0歳児は食べたものに○、1歳児以上は、アレルギーの食物に×をつけてください)									
米	パン	麺類	鶏肉	豚肉	しらす	白身魚	青背魚	赤身魚	甲殻類
たらこ	だ し	鰹節 煮干し	豆腐	納豆	味噌	しょう油	ごま	牛 乳	調理 そのまま
チーズ	ヨーグルト	卵	つなぎ 全卵	マヨネーズ	油(バター)	りんご	メロン	すいか	パイナップル
バナナ	その他の食事制限								
そ の 他	排尿	(回/日)	オムツ・トレーニング中・パンツ						
	排便	(回/日)	オムツ・トレーニング中・パンツ						
	睡眠のくせ								
	好きな遊び								
	薬の飲ませ方								
その他、心配なことや配慮してほしいことがあれば、書いてください。									

※内容に変更があったときは、利用時にその旨をお伝えください。(例:通園施設、予防接種、電話番号など)

(保育園記入欄)

利用料金	徴収・免除・市外	受付日	・	・	処理	
------	----------	-----	---	---	----	--