

2024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 女	生年月日	西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)(歳児)			
		愛称				
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 ()歳		ふりがな 母・氏名 ()歳			
	父携帯電話		母携帯電話			
	父 勤 務 先	名称	母 勤 務 先			
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)	
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 ()	
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	
	ロタウイルス		日本脳炎		水痘	
	ヒブ		BCG		その他	
	肺炎球菌		MR(麻疹・風疹)			
感 染 症 歴	麻疹	年 月	水痘	年 月	突発性 発疹	年 月
	風疹	年 月	百日咳	年 月		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、心配なことや発達面で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	
------	----------	-----	---	---	----	--

※個人情報の取扱いについて確認し、同意します。

ご署名 _____