

病児・病後児保育事業児童票

登録番号	
------	--

平成 年 月 日 記入

ふりがな 幼児・児童名	男 女	生年月日 年 月 日生	年齢 満 歳 カ月				
ふりがな 保護者名	住所 〒 Tel						
通園個所名	かかりつけ家庭医名 Tel						
家 庭 関 係	氏名	年齢	勤務先	電話番号・携帯	お子さんの愛称 お子さんの平熱 度 血液型 () RH (+, -)		
	父						
	母						
	その他の家族						
	父方祖父						
	祖母						
	母方祖父						
	祖母						
妊娠中の状態	異常なし ・ あり (妊娠中毒症・強いつわり・貧血・糖尿病・その他 [])						
分娩時の状態	異常なし ・ あり (鉗子・吸引・帝王切開・骨盤位・その他 [])						
出生時の記録	身長 (cm) 体重 (g) 未熟児 (在胎週数 週)						
栄養の様子	哺乳方法: 母乳 カ月まで ・ 混合 ・ 人口 ・ 離乳開始 カ月						
出生時の状態	異常なし ・ あり (仮死・けいれん・黄疸・保育器・光線療法・代謝異常)						
発達の様子	首の座り	カ月	あやすと笑う	カ月	寝返り	カ月	
	ひとり座り	カ月	人見知り	カ月	はいはい	カ月	
	つかまり立ち	カ月	つたえ歩き	カ月	ひとり立ち	カ月	
	ひとり歩き	カ月	歯の生えはじめ	カ月			
予 防 接 種	ポリオ	1 回	年 月 日	ツベルクリン	年 月 日	日 本 脳 炎	
		2 回	年 月 日	反 応	年 月 日	初回	1回 年 月 日
	三種混合	1 回	年 月 日	B C G	年 月 日	2回	年 月 日
		2 回	年 月 日	風 疹	年 月 日	追加	年 月 日
		3 回	年 月 日	水 痘	年 月 日		
	一期追加	年 月 日	流行性耳下腺炎	年 月 日			
麻 疹	年 月 日						

