

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	父	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 (+, -)	
	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・人工・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 ひとり座り つかまり立ち ひとり歩き	カ月 カ月 カ月 カ月	あやすと笑う 人見知り つたえ歩き 歯の生えはじめ	カ月 カ月 カ月 カ月	寝返り はいはい ひとり立ち	カ月 カ月 カ月 カ月	
	ポリオ	1回 2回	年 月 日 年 月 日	ツベルクリン 反 応	年 月 日 年 月 日	日 本 脳 炎 初回 1回 2回	
	予防接種	三種混合	1回 2回 3回	年 月 日 年 月 日 年 月 日	B C G 風 疹	年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日
			一期追加	年 月 日	水 痘	年 月 日	追 加
麻 疹			年 月 日	流行性耳下腺炎	年 月 日		

既往歴	病名	月日	病名	月日	病名	月日	
	麻疹		溶連菌感染症		結膜炎		
	風疹		手足口病		B型肝炎		
	水痘		伝染性紅斑		突発性発疹		
	流行性耳下腺炎		肺炎		中耳炎		
	ひきつけ	有熱・無熱これまでの回数回 初回：歳ヶ月、最後：歳ヶ月					
	その他	病名：					
	大きな病気やけが	経過：					
	起こしやすい病気	鼻出血・下痢・じんましん・アトピー性皮膚炎・喘息・鼻炎・中耳炎 脱臼・その他〔〕					
	食事	スプーン・はし・哺乳瓶・マグマグ・ストロー・コップ					
食欲	偏食 有り〔〕・無し						
食物アレルギー	有り〔牛乳・卵・肉・その他：〕・無し						
その他のアレルギー							
除去食							
喘息	有り〔歳より、発作の回数回、入院歴…有り・無し〕・無し						
離乳食	1日〔回…朝・昼・夜〕ごっくん・モグモグ・カミカミ						
睡眠	1日〔時間〕午睡；する〔1日時間〕・しない						
排泄の自立	自分で排尿…できる・できない（オムツ・オマル・自分で伝えてできる） 自分で排便…できる・できない						
くせ・性格							
その他	心配な事、配慮して欲しい事がありましたらお書きください。						