

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 〒 | | | | | | |
| 通園個所名 | かかりつけ家庭医名 | | | | | | |
| 家 庭 関 係 | 氏名 | 年齢 | 勤務先 | 電話番号・携帯 | | | |
| | 父 | | | | | | |
| | 母 | | | | | | |
| | その他の家族 | | | | | | |
| | 父方祖父 | | | | | | |
| | 祖母 | | | | | | |
| | 母方祖父 | | | | | | |
| | 祖母 | | | | | | |
| お子さんの愛称 | | | | | | | |
| お子さんの平熱 | | | | | | | |
| 度 | | | | | | | |
| 血液型 | | | | | | | |
| () | | | | | | | |
| RH (+, -) | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |

