

# 病児保育室児童票

登録番号				
------	--	--	--	--

西暦 年 月 日記入

ふりがな		愛称		男	生年月日	年	月	日生
氏名				女	( 歳 月 )			
自宅住所 (〒 ) 登録電話番号 (自宅・携帯 )								
父・氏名	( 歳 )	母・氏名	( 歳 )					
父・職場	(TEL )	母・職場	(TEL )					
兄弟	歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)			
緊急連絡先	連絡者名		続柄	連絡先 TEL (携帯・自宅電話等)				
	1							
	2							
	3							
保育所・幼稚園・小学校名 (TEL _ )								
かかりつけ医 (TEL _ )								
予防接種	四種混合	済	未	( I期1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 1期追加 )				
	( 三種混合	済	未	+	ポリオ	済	未	)
	B型肝炎	済	未	MRワクチン(麻疹・風疹混合)		済	未	
	ロタウイルス	済	未	水痘(水ぼうそう)		済	未	
	ヒブ・肺炎球菌	済	未	おたふくかぜ		済	未	
	BCG	済	未	日本脳炎		済	未	
感染歴	これまでにかかった主な感染症と病気							
	1	突発性発疹	6	麻疹(はしか)	11	風疹(三日ばしか)		
	2	水痘(水ぼうそう)	7	おたふくかぜ	12	手足口病		
	3	りんご病	8	百日咳	13	咽頭結膜熱		
	4	ヘルパンギーナ	9	RSウイルス	14	結核		
	5	伝染性膿化疹(とびひ)	10	中耳炎	15	その他		
これまでの病気	出生体重 _____ g							
	出生時何か異常がありましたか ない ・ ある ( )							
	熱性けいれん	無 ・ 有	( 初回 歳 ヶ月 最後は 歳 ヶ月 合計 回 )					
	喘息	無 ・ 有	( 毎日薬を飲んでいる ・ 発作時だけ ・ 薬なし )					
			( 毎日吸入をしている ・ 発作時だけ ・ 吸入していない )					
アレルギー性皮膚炎	無 ・ 有	( 治療は 内服薬 ・ 食事療法 )						
食物アレルギー	無 ・ 有	( 卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ そば ・ ピーナッツ )						
		( その他 )						
備考	性格、入院歴等特記事項があればご記入下さい							