

病児保育児童票

登録番号

平成 年 月 日記入

記入者名

ふりがな	男	生年月日	年 月 日
氏名	女		歳 ヶ月
保護者	父・氏名	(歳)	お子さまの愛称
	母・氏名	(歳)	
	自宅住所(〒)		
自宅電話			
兄弟姉妹		歳 (男・女)	歳 (男・女)
		歳 (男・女)	歳 (男・女)
職業	父		母
緊急連絡先	父	1 勤務先名	電話
		2 携帯 TEL	
	母	1 勤務先名	電話
		2 携帯 TEL	
	父・母以外	1 勤務先名	電話
	(祖父母等)	2 携帯 TEL	
保育所・幼稚園名			電話
家庭医名			電話
周産期	妊娠中の異常 (なし・あり)		
	出生体重 g		
	在胎 週 日		
	出産時の異常 (なし・あり)		
乳児期の発達	頸のすわり : ヶ月 おすわり : ヶ月 一人歩き : ヶ月		
	栄養法 (母乳・人工・混合)		
	離乳食開始時期 (前期 : ヶ月 中期 : ヶ月 後期 : ヶ月 幼児食 : 歳 ヶ月)		
	人見知り : ヶ月 母親の後追い : 歳 ヶ月		
	初語(意味のある言葉) : 歳 ヶ月		
	予防接種	BCG : 年 月 ポリオ : 1回 年 月 2回 年 月	
三種混合 I期1回目 年 月 2回目 年 月 3回目 年 月			
(DPT) I期追加 年 月			
ヒブ : 年 月 年 月			
MR : 年 月 水痘 : 年 月 おたふくかぜ : 年 月			
その他 : インフルエンザ : 年 月			

感染症	はしか : 歳 月	みずぼうそう : 歳 月
	百日咳 : 歳 月	おたふくかぜ : 歳 月
	B型肝炎 : 歳 月 (キャリアでない・ある)	
	その他(具体的に)	
これまでの病気	熱性痙攣 : 初回 歳 ヶ月 最後は 歳 ヶ月 計 回	
	喘息・喘息様気管支炎	毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ 毎日 吸入療法を している・いない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない・ある (治療は 内服薬・食事療法)
	その他の病気 (具体的に)	
	入院したこと	ない・ある (病名 歳 ヶ月) (病名 歳 ヶ月) (病名 歳 ヶ月) (病名 歳 ヶ月)
常時内服している薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。(与薬時間も)	
食事	食物制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。	
その他	体質(薬アレルギー等)やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。	

上記に相違なく報告し、病児・病後児保育室の利用を申込みます。また、下記の事項全てに同意いたします。

- ①子どもの容態が急激に悪化した場合、私及び私の代理人が早急に迎えに行きます。また、医療機関での受診・治療・処置を行うことに同意し、要した費用についても支払います。
- ②万一の病児・病後児保育室内での感染については了承します。
- ③持参した食事に関する一切の責任は私にあることとし、万一持参した食事の摂取により子どもの体調に異変が生じても苦情は申しません。

平成 年 月 日 氏名

⑩