

病後児保育室児童票

登録番号

--	--	--	--

平成 年 月 日 記入

記入者名 _____

ふりがな 児童氏名	男 女	生年月日	年	月	日生 月
保 護 者	父・氏名 (歳)	お子さんの愛称			
	母・氏名 (歳)				
	自宅住所 (〒) 自宅電話 - -				
きょうだい	歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)
職 業	父	母			
緊 急 連 絡 先	1 (続柄: 電話: 勤務先等名:)				
	2 (続柄: 電話: 勤務先等名:)				
	3 (続柄: 電話: 勤務先等名:)				
	4 (続柄: 電話: 勤務先等名:)				
保育所名	電話 - -				
主 治 医	電話 - -				
周 産 期	妊娠中の異常 (なし・あり _____)				
	出生時体重 g				
	出産は (予定通り・ _____ 日早かった・遅かった) (在胎 _____ 週)				
	出産時の異常 (なし・あり _____)				
乳 児 期 の 発 達	首のすわり: _____ 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				
予 防 接 種	B型肝炎: 1回目 _____ 年 _____ 月、2回目 _____ 年 _____ 月、3回目 _____ 年 _____ 月				
	ロウウイルス: 1回目 _____ 年 _____ 月、2回目 _____ 年 _____ 月、3回目 _____ 年 _____ 月				
	ヒブ・肺炎球菌: 1回目 _____ 年 _____ 月、2回目 _____ 年 _____ 月 3回目 _____ 年 _____ 月、4回目 _____ 年 _____ 月				
	三・四種混合: I期【1回目 _____ 年 _____ 月】【2回目 _____ 年 _____ 月】 【3回目 _____ 年 _____ 月】 II期 _____ 年 _____ 月				
	BCG: _____ 年 _____ 月 ポリオ: 1回 _____ 年 _____ 月 2回 _____ 年 _____ 月				
	MR(麻疹・風疹): 1回目 _____ 年 _____ 月、2回目 _____ 年 _____ 月				
	水痘(みずぼうそう): 1回目 _____ 年 _____ 月、2回目 _____ 年 _____ 月				
	日本脳炎: 1回目 _____ 年 _____ 月、2回目 _____ 年 _____ 月、3回目 _____ 年 _____ 月				
	耳下腺炎(おたふくかぜ): _____ 年 _____ 月 その他(): _____ 年 _____ 月				

児童氏名 _____

感 染 症 歴	麻疹(はしか) : 歳 ヶ月 水痘(みずぼうそう) : 年 ヶ月	
	百日咳 : 歳 ヶ月 耳下腺炎(おたふくかぜ) : 年 ヶ月	
	B型肝炎 : 歳 ヶ月 (キャリアーでない・ある)	
	その他(具体的に) :	
こ れ ま で の 病 気	熱性痙攣 : ない・ある (初回 歳 ヶ月、最後は 歳 ヶ月 (これまでに ____ 回))	
	喘息 喘息様気管支炎	ない・ある (毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ) ない・ある (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)
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下さい。(内服時間も)	
食 事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書き下さい。	
そ の 他	体質(薬物アレルギー)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下さい。	

水戸市病後児保育事業

受付担当者名 : _____