病児（病後児）預かり児童票

登録番号（　　）

ふりがな 氏　名			性別	男・女	登録日	平成　年　月　日	
					生年月日	平成　年　月　日生	
緊急連絡先	父	氏　名			勤務先		
		TEL			TEL		
	母	氏　名			勤務先		
		TEL			TEL		
		氏　名			勤務先		
		TEL			TEL		

乳児期の発達

○首の座り＿＿ヶ月頃　○おすわり＿＿ヶ月　○ひとり歩き＿＿ヶ月
○栄養法　（母乳・人工・混合）
○離乳食開始時期　・前期＿＿ヶ月頃　・中期＿＿ヶ月頃　・幼児食＿＿ヶ月頃
○人見知り＿＿ヶ月頃　○後追い＿＿ヶ月頃　○発語（意味のある言葉）＿＿ヶ月頃

予防接種歴

ヒブ	1回	平成　年　月　日	三種混合 四種混合	1回	平成　年　月　日（三種・四種）
	2回	平成　年　月　日		2回	平成　年　月　日（三種・四種）
	3回	平成　年　月　日		3回	平成　年　月　日（三種・四種）
	4回	平成　年　月　日		追加	平成　年　月　日（三種・四種）
小児用肺炎球菌	1回	平成　年　月　日	不活化ポリオ	1回	平成　年　月　日
	2回	平成　年　月　日		2回	平成　年　月　日
	3回	平成　年　月　日		3回	平成　年　月　日
	4回	平成　年　月　日		追加	平成　年　月　日
日本脳炎	1回	平成　年　月　日	ＭＲ（麻疹・風疹）	1回	平成　年　月　日
	2回	平成　年　月　日		2回	平成　年　月　日
	追加	平成　年　月　日	ＢＣＧ		平成　年　月　日
ロタウイルスワクチン	1回	平成　年　月　日	水痘		平成　年　月　日
	2回	平成　年　月　日	おたふく		平成　年　月　日
	3回	平成　年　月　日	Ｂ型肝炎		平成　年　月　日

※上記以外で受けたことのある予防接種→
※接種日は、母子手帳で確認してください。

病歴及び感染症

○おたふく（耳下腺炎・ムンプス）　＿＿歳＿＿ヶ月
○水痘（みずぼうそう）　＿＿歳＿＿ヶ月
○はしか（麻疹）　＿＿歳＿＿ヶ月
○風疹　＿＿歳＿＿ヶ月
○突発性発疹　＿＿歳＿＿ヶ月
○喘息　（有・無）
○アトピー性皮膚炎　（有・無）―治療法（内服薬・食事療法・その他）
○アレルギー　（有・無）[種類:　　]
○常時内服薬　（有・無）[内服薬名・時間　　]
○肝炎のキャリアーである場合のみ記入　:＿＿型・病院受診（済・未）
○入院歴　（有・無）　[病名及び時期:　　]
○熱性痙攣　（有・無）　[初回＿歳＿ヶ月、これまでに＿回、最後は＿歳＿カ月]
※その他かかったことがある感染症→

食事

食事制限等の指示を主治医から受けている場合は、具体的に記入してください。また、アレルギー反応はあるが、その食品を食事やおやつとして食べられるか・食べられないかを記入ください。
（例：加工してあるものはよいが、食品そのものはダメ等）

備考

体質（アレルギーや癖など心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。）
※内容によっては、ご希望に添えないことがあります。