

病児（病後児）預かり児童票

登録番号（ ）

ふりがな				性別	男・女	登録日	令和 年 月 日
氏名						生年月日	令和 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	<input type="checkbox"/> 首の座り____ヶ月頃 <input type="checkbox"/> おすわり____ヶ月 <input type="checkbox"/> ひとり歩き____ヶ月 <input type="checkbox"/> 栄養法（母乳・人工・混合） <input type="checkbox"/> 離乳食開始時期・前期____ヶ月頃・中期____ヶ月頃・幼児食____ヶ月頃 <input type="checkbox"/> 人見知り____ヶ月頃 <input type="checkbox"/> 後追い____ヶ月頃 <input type="checkbox"/> 発語（意味のある言葉）____ヶ月頃						
予防接種歴	ヒブ	1回	令和 年 月 日	三種混合 四種混合	1回	令和 年 月 日（三種・四種）	
		2回	令和 年 月 日		2回	令和 年 月 日（三種・四種）	
		3回	令和 年 月 日		3回	令和 年 月 日（三種・四種）	
		4回	令和 年 月 日		追加	令和 年 月 日（三種・四種）	
	小児用肺炎球菌	1回	令和 年 月 日	不活化 ポリオ	1回	令和 年 月 日	
		2回	令和 年 月 日		2回	令和 年 月 日	
		3回	令和 年 月 日		3回	令和 年 月 日	
		4回	令和 年 月 日		追加	令和 年 月 日	
	日本脳炎	1回	令和 年 月 日	M R （麻疹・風疹）	1回	令和 年 月 日	
		2回	令和 年 月 日		2回	令和 年 月 日	
		追加	令和 年 月 日		B C G 令和 年 月 日		
	ロタウイルスワクチン	1回	令和 年 月 日	水痘	令和 年 月 日		
2回		令和 年 月 日	おたふく	令和 年 月 日			
3回		令和 年 月 日	B型肝炎	令和 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	<input type="checkbox"/> おたふく（耳下腺炎・ムンプス） ____歳 ____ヶ月 <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） ____歳 ____ヶ月 <input type="checkbox"/> はしか（麻疹） ____歳 ____ヶ月 <input type="checkbox"/> 風疹 ____歳 ____ヶ月 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 ____歳 ____ヶ月 <input type="checkbox"/> 喘息（有・無） <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎（有・無）—治療法（内服薬・食事療法・その他） <input type="checkbox"/> アレルギー（有・無）[種類: _____] <input type="checkbox"/> 常時内服薬（有・無）[内服薬名・時間 _____] <input type="checkbox"/> 肝炎のキャリアーである場合のみ記入: ____型・病院受診（済・未） <input type="checkbox"/> 入院歴（有・無）[病名及び時期: _____] <input type="checkbox"/> 熱性痙攣（有・無）[初回 ____歳 ____ヶ月、これまでに ____回、最後は ____歳 ____ヶ月] ※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。						