

病児保育室児童票

年 月 日記入

記入者名

ふりがな	男・女	生年月日
氏名		年 月 日生

住所(〒 -)	自宅電話() -
----------	-----------

家族	父	氏名		携帯電話	
		勤務先名		電話	
	母	氏名		携帯電話	
		勤務先名		電話	
	同居家族	続柄	学校名・職業等		

保育所名	アレルギー	無	有	
電話番号 ()				

家庭医	食事			
	未食有無	無	有	

受けたものに☑をつけて下さい

予防接種	BCG	<input type="checkbox"/>	ロタ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	感染症歴	<input type="checkbox"/> 麻しん
	4種混合	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 風しん
	ヒブ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(麻しん風しん混合)			<input type="checkbox"/> 水ぼうそう
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	水ぼうそう	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

これまでの病気	熱性 けいれん	なし	あり	初回は 最後は	歳 歳	ヶ月 ヶ月	これまでに	回
	喘息	なし	あり	内服薬 吸入	毎日 毎日	・ ・	発作時 発作時	
	その他の病気							
	入院したこと	なし	あり	病名（ 病名（ 病名（	） ） ）	歳 歳 歳	ヶ月 ヶ月 ヶ月	
	上記の病気に関して常時内服している薬、食事療法、制限などがあれば具体的にお書き下さい。							

その他、気になること、配慮してほしいことがあれば、お書き下さい。