

お迎え型病児保育 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 ()	有・無		

家庭医	食事	離乳食(中期・後期・完了)幼児食		
	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。

※ 以下の項目に記入をお願いします。

※ 「健康保険証」「福祉医療費受給資格証」の写しを添付してください。	
かかりつけ医() 院内処方	あり・なし (薬局)
福祉医療費受給資格証	あり (こども・ひとり親・障害)・なし
生活保護費の受給	あり (生活保護決定通知書の写しを添付してください)・なし

新しい年度でお迎え型病児保育を利用する場合は、「お迎え型病児保育児童票」を各年度ごとに登録手続きを行ってください。