

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	平成 年 月 日	
氏名				生年月日	平成 年 月 日生	
緊急連絡先	父	氏名 TEL		勤務先 TEL		
	母	氏名 TEL		勤務先 TEL		
		氏名 TEL		勤務先 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	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	M R (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	B C G		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	<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(アレルギーや癩など心配なこと・配慮してほしいことについて具体的に書き下し。) ※内容によっては、ご希望に添えないことがあります。					