

病児保育室児童票

新規・更新

〇年 〇月 〇日記入

記入者氏名〔 鳥栖 花子 〕

ふりがな	とす	たろう	男	生年月日		
氏名	鳥栖	太郎	女	6年 〇月 〇日生 〇歳		
現住所（〒 123 - 4567 ）				利用施設名【 〇〇保育園 】		
				かかりつけ医【 〇〇小児科 】		
自宅電話（ 090 ） 1234-5678						
鳥栖市 〇〇〇 △-△-△						
家族関係	氏名	ふりがな	続柄	勤務先・学校名	携帯電話番号	職場電話番号
	鳥栖	〇〇	父	□□株式会社	090-1234-〇〇〇〇	0942-〇〇-〇〇〇〇
	鳥栖	〇〇	母	△△会社	090-1234-〇〇〇〇	0942-〇〇-〇〇〇〇
	鳥栖	〇〇	兄	〇〇小学校〇年		
	鳥栖	〇〇	妹	〇〇保育園〇組		

【緊急連絡先】

優先順位	氏名	ふりがな	続柄	連絡先（電話番号）
①	鳥栖	〇〇	母	090-1234-〇〇〇〇
②	△△会社		母職場	0942-〇〇-〇〇〇〇
③	鳥栖	〇〇	父	090-1234-〇〇〇〇
④	□□株式会社		父職場	0942-〇〇-〇〇〇〇
⑤	鳥栖	〇〇	祖父	090-1234-〇〇〇〇
⑥	鳥栖	〇〇	祖母	090-1234-〇〇〇〇

受けたものに☑をつけて下さい

*母子手帳添付でも可

かかったものに☑をつけて下さ

予 防 接 種	BCG	<input type="checkbox"/>	ロタ (1価)	<input type="checkbox"/>	感 染 症 歴 等	<input type="checkbox"/> 麻しん
	4種混合	<input type="checkbox"/>	(5価)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 風しん
	3種混合	<input type="checkbox"/>	MR	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 水ぼうそう
	ポリオ単独	<input type="checkbox"/>	(麻しん風しん混合)			<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
	ヒブ	<input type="checkbox"/>	水ぼうそう	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 突発性発疹
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 百日咳
	B型肝炎	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 自家中毒
その他				<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー		

こ れ ま で の 病 気	熱性けいれん	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	初回 (1) 歳 (8) ヶ月	最後 (2) 歳 (4) ヶ月
				これまでに (2) 回	ダイアップ (無 <input checked="" type="checkbox"/> 有)
	喘息性 気管支炎	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	内服薬 毎日	発作時
				吸入 毎日	発作時
	喘息	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	内服薬 毎日	発作時
				吸入 毎日	発作時
	その他の 病気	心臓疾患 ()	消化器・腹部疾患 ()	腎疾患 ()	免疫疾患 ()
	その他 ()	代謝性疾患 ()			
入院歴	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	病名 (鼠径ヘルニア)	1歳	4ヶ月
			病名 ()	歳	ヶ月
			病名 ()	歳	ヶ月
毎日飲んでいる薬	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり	() () ()			
食物アレルギー	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり	(卵) () ()			
食事療法	<input checked="" type="checkbox"/> なし・あり	()			
睡眠	一人で寝る・添い寝・ <input checked="" type="checkbox"/> トントソする・おんぶ・抱っこ				
	仰向け・うつ伏せ・指しゃぶり・タオルを持つ・その他 ()				
食事	食事形態・・・初期・中期・後期・幼児食 (キザミ)・幼児食 (キザミなし)・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通食				
	食事状況・・・全介助・手づかみ・ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン・ <input checked="" type="checkbox"/> 箸・哺乳瓶・マグ・ストロー・コップ				
	ミルク (cc × 回) 母乳 (回/日) 牛乳 (100 cc/日)				
	好きな食べ物 (ハンバーグ)	嫌いな食べ物 (ブロッコリー)			
排泄	排尿 紙おむつ <input checked="" type="checkbox"/> 自立	トレーニング中 (お昼寝は パンツ・おむつ)			
	排便 紙おむつ 自立	トレ <input checked="" type="checkbox"/> ニング中			
遊び	好きな遊び (レゴブロック 車のおもちゃ)				
発育	運動発達 (はいはい ・ 伝い歩き ・ <input checked="" type="checkbox"/> ひとり歩き)				
	ことば (一語文 ・ 二語文 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 自由に話せる)				
	成長の遅れを指摘されたこと <input checked="" type="checkbox"/> なし・あり ()				

その他気になること、配慮してほしい事があればお書きください。

【例】自分からお茶をあまり飲みません。声かけをお願いします。