

様式①

病児保育室児童票

年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年

20 年 月 日記入

No. -

ふりがな 氏 名		生年月日・平成 令和 年 月 日生 (歳 力月)		
男 女		診察券番号 続柄 (例:長男・長女) ()		
保 護 者	父・氏名(ふりがな) (歳)		お子さんの愛称	
	母・氏名(ふりがな) (歳)			
	自宅住所(〒 -)			
自宅電話 () -				
緊 急 連 絡 先	父	(勤務先電話) 勤務先名 職種		
		(携帯電話)		
	母	(勤務先電話) 勤務先名 職種		
		(携帯電話)		
保 育 園 ・ 幼 稚 園 託 児 所 ・ 小 学 校	電話 ()			
	電話 ()			
	電話 ()			
	電話 ()			
アレルギー	食物アレルギー() 薬物アレルギー() その他 ()			
毎日飲んでいる薬				
既 往 歴 (かかったことがある病 気に○をつけて下さい)	突発性発疹	はしか	水痘(水ぼうそう)	おたふくかぜ
	川崎病【心臓合併症 あり・なし】		その他()	
	喘息・喘息性気管支炎【薬の服用は、毎日・増悪時】			
	てんかん【薬の服用 あり・なし】			
熱性けいれん【初回 歳 °C】⇒ダイアップの指示【あり・なし】				
入院の経験	なし・あり(歳 ヶ月 病名)			
予 防 接 種 (受けた予防接種に○を つけて下さい)	B型肝炎【1回目・2回目・3回目】		Hib【1回目・2回目・3回目・追加】	
	肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】		ロタ【1回目・2回目・3回目】	
	MR【1期・2期】		BCG	
	四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】 又は三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】ポリオ【1回目・2回目・3回目・追加】			
	水痘【1回目・2回目】		日本脳炎【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	
	おたふくかぜ【1回目・2回目】		その他()	
乳幼児健診	※受けた方はその時にいわれていることがあれば記入してください 1歳半 () 3歳 ()			
その他	解熱剤使用 (あり・なし) 心配なこと、配慮してほしいことがあれば記入して下さい			