

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 カ月)	
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
	川崎病【心臓合併症 あり ・ なし】		水痘(水ぼうそう)
	喘息・喘息性気管支炎【薬の服用は、毎日・増悪時】		おたふくかぜ
	てんかん【薬の服用 あり ・ なし】		その他()
	熱性けいれん【初回 歳 ℃】⇒ダイアップの指示【あり ・ なし】		
入院の経験			
予 防 接 種 (受けた予防接種に○を つけて下さい)	なし・あり (歳 ヶ月 病名)		
	B型肝炎【1回目・2回目・3回目】		
	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
	5種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】 又は4種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】 Hib【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 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			