

# 病児保育室児童票

登録番号        

年 月 日記入

ふりがな		愛称	男	生年月日	
氏名			女	年 月 日生 ( 歳 月 )	
健康保険 記号・番号	記号	番号	保険者番号		
医療証番号	受給者番号				
保護者	父・氏名	( 歳 )	大学職員番号		
	母・氏名	( 歳 )	大学職員番号		
	自宅住所(〒 ) 自宅電話番号( )				
兄弟	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	
父親の職業		母親の職業			
緊急 連絡 先	連絡者名		続柄	連絡先(携帯・勤務先等)	電話番号
	1				
	2				
	3				
保育所・幼稚園・小学校名		電話:			
ホームドクター(かかりつけ医)		電話:			
予防接種	四種混合	受けていない・受けた ( I期1回・2回・3回・I期追加 )	ポリオ	受けていない・受けた	
	(三種混合	受けていない・受けた	風疹	受けていない・受けた	
	B C G	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた	
	はしか	受けていない・受けた	ヒブ、肺炎球菌	受けていない・受けた	
	水ぼうそう	受けていない・受けた			
感 染 歴	これまでにかかった主な感染症と病気 (かかった病気に○をつけて下さい。)				
	1	突発性発疹	2	はしか	
	3	風疹	4	水ぼうそう	
	5	おたふくかぜ	6	手足口病	
	7	りんご病	8	百日咳	
	9	咽頭結膜熱(プール熱)	10	ヘルパンギーナ	
	11	熱性けいれん	12	じんましん	
	13	結核	14	喘息	
15	アトピー性皮膚炎	16	とびひ		
17	その他				
こ れ ま で の 病 気	出生体重 : _____g				
	出生時何か異常がありましたか。 ない・ある ( )				
	熱性けいれん : ない・ある 初回 歳 ヶ月 最後は 歳 ヶ月 (これまでに____回)				
	喘息 : ない・ある ( 毎日薬を飲んでいる・発作時だけ・薬なし ) ( 毎日吸入療法をしている・発作時だけ・吸入していない )				
	アトピー性皮膚炎 : ない・ある (治療は 内服薬・食事療法 )				
アレルギー体質 : ない・ある (具体的に (食物 : ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他					
備 考	1年以内に ない・ある (病名 歳 ヶ月)				
	入院したこと (病名 歳 ヶ月)				
	(病名 歳 ヶ月)				
	(病名 歳 ヶ月)				
性格等、特記事項があればご記入下さい。					