

病児保育室児童票

登録番号

令和 年 月 日記入

ふりがな			愛称	男 女	生年月日	年 月 日生 (____ 歳 ____ 月)
氏名						
健康保険 記号・番号	記号	番号	保険者番号			
医療証番号						
保護者	父・氏名	(____ 歳)	職員番号			
	母・氏名	(____ 歳)	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	電話番号	
	1					
	2					
	3					
保育所名				電話:		
ホームドクター				電話:		
予防接種	三種混合	受けていない・受けた (1期1回・2回・3回・1期追加)		ポリオ	受けていない・受けた	
	B C G	受けていない・受けた		風疹	受けていない・受けた	
	はしか	受けていない・受けた		おたふくかぜ	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
	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 だ の 病 気	出生体重 : _____ g 出生時何か異常がありましたか (_____) 熱性痙攣 : 初回 ____ 歳 ____ 月 最後は ____ 歳 ____ 月 (これまでに ____ 回) 喘息 (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 _____)					
	1年以内に 入院したこと	ない・ある	(病名	歳	ヶ月)	
		(病名	歳	ヶ月)		
		(病名	歳	ヶ月)		
		(病名	歳	ヶ月)		
備考	性格等、特記事項があればご記入下さい。					