

東部地域病院 病児保育室くろーばー 児童票

年度登録

登録日：西暦 年 月 日

※初回登録時及び登録更新時、ご記入ください。

登録No.

内容に変更がある場合は、病児保育利用登録事項変更届をご提出ください。(郵送可)

診察券No.

ふりがな				男・女	生年月日 (年齢)	西暦	年	月	日(歳 ヶ月)
お子さんの氏名				女	お子さんの愛称				
自宅住所	(〒 -)				自宅電話番号				
					メールアドレス (災害時使用)				
通所施設名	(年 月より入園・入学) 認可 ・ その他()								
保護者	ふりがな 父・氏名				ふりがな 母・氏名				
	携帯				携帯				
	勤務先	社名			勤務先	社名			
		電話				電話			
	勤務時間				勤務時間				
	勤務先から病児保育室までの所要時間・交通手段 約()分 電車・バス・車・自転車・徒歩				勤務先から病児保育室までの所要時間・交通手段 約()分 電車・バス・車・自転車・徒歩				
保護者以外の緊急連絡先	ふりがな 氏名			電話			児童との関係		
きょうだい	歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)		
かかりつけ医療機関名									
他病児・病後児登録施設名									
出生・出産時の状況	自然分娩・帝王切開・その他()				妊娠週数	週	日	出生体重	g
予防接種の状況 済んだものに○をつける	BCG	未・済		MR(風疹・はしか)	未・1・2				
	DPT-IPV(四種混合)	未・1・2・3・4		肺炎球菌	未・1・2・3・4				
	DPT-IPV-Hib(五種混合)	未・1・2・3・4・5		B型肝炎	未・1・2・3				
	ヒブ	未・1・2・3・4		みずぼうそう	未・1・2				
	ロタウイルス	未・1・2・3		日本脳炎	未・1・2・I期追加				
	おたふく	未・1・2		その他(インフルエンザ等)					
感染症歴 感染したものに○をつける	はしか	未・済		風疹	未・済				
	みずぼうそう	未・済		百日咳	未・済				
	おたふく	未・済		突発性発疹	未・済				
	その他(上記以外のもの)								

※裏面もご記入をお願いします。

体温	平熱 ℃		これまでの最高の熱 ℃			
熱性けいれん	なし・あり	回数 回	初回の けいれん	歳 ヶ月	最後の けいれん	歳 ヶ月
	投薬	なし・あり（使用のタイミングを具体的に ）				
喘息 喘息性気管支炎	なし・あり	治療薬	飲んでいる・発作時のみ・飲んでいない			
		吸入	毎日・発作時のみ・していない			
アトピー性 皮膚炎	なし・あり	使用している薬	塗り薬・飲み薬・なし			
既往歴	病名		年齢	入院の有無		
				なし・あり		
				なし・あり		
				なし・あり		
アレルギー の状況	食物	なし・あり（食品名： ）				
		食事制限の程度（ ）				
	薬	なし・あり（薬品名： ）				
生活習慣	排便回数	回/日	便意	知らせる・時々知らせる・知らせない		
	排尿回数	回/日	尿意	知らせる・時々知らせる・知らせない		
	昼寝	時間（ 時～ 時頃）				
	睡眠のくせ					
	人見知り					
	好きな遊び・玩具					
	その他配慮事項 （発達上気になる点など）					
食事内容	食事量	よく食べる・普通・食が細かい				
	水分摂取	よく飲む・普通・あまり飲まない				
	授乳内容	ミルク・母乳・混合	授乳回数	回/日		
	離乳食内容	初期・中期・後期・完了	離乳食回数	回/日		

※領収書は世帯主氏名での発行となりますので、世帯主に○をつけてください。 世帯主（父・母）