

児 童 票

記入日 令和 年 月 日

病児保育室フレンズ

ふりがな 氏 名	男 女	生年月日 H・R 年 月 日	お子さんの愛称		
自宅住所：〒		自宅 TEL			
日常保育状況：通園（通学）施設名（ ） その他（ ）					
家 庭 状 況	氏名	続柄	年齢	勤務先・学校名	勤務先 TEL・携帯 TEL
成 育 歴	＜出生時の様子＞				
	妊娠中の異常 なし・あり（ ）				
	出生時体重 g ・ 週数 週				
	出産時の異常 なし・あり（ ）				
予 防 接 種	Hib（ヒブ） 1回・2回・3回・追加		BCG 年 月		
	肺炎球菌 1回・2回・3回・追加		MR（麻疹、風疹） 1期・2期		
	B型肝炎 1回・2回・3回		水ぼうそう 1回・2回		
	ロタウイルス（ロタリックス 1回・2回） （ロタテック 1回・2回・3回）		おたふくかぜ 1回・2回 日本脳炎 1期：1回・2回・追加・2期		
四種混合 1回・2回・3回・追加		その他：			
三種混合 1回・2回・3回・追加					
病 歴	熱性けいれん なし・あり 回数（ 回） 最後（ 才）				
	喘息 なし・あり（ 才～ 才） 薬 なし・あり（ ）				
	喘息様気管支炎 なし・あり（ 才～ 才） 薬 なし・あり（ ）				
	アトピー性皮膚炎 なし・あり（ 才～ 才） 薬 なし・あり（ ）				
	食物アレルギー なし・あり（ ）				
	食事制限 なし・あり（具体的に）				
	入院したこと なし・あり 病名： （ 歳 ヶ月）				
常用薬（常時内服している薬や吸入薬・軟膏など、薬の名前・回数・内服時間等） なし・あり（ ）					
そ の 他	※お子様をお預かりするにあたり、留意点や配慮すべきことがありましたら記入ください。				