

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（ ） | | | | |
| 成 育 歴 | <発育の様子> | | | | |
| | 栄養方法（ 母乳・人工・混合 ） 離乳食開始時期（ ヶ月） | | | | |
| | 発育の遅れなど気になったことはありませんでしたか？ | | | | |
| | 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） | | | | |
| | 突発性発疹 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> （かかった病気にチェックをしてください。） | | | | |
| | 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。 | | | | |