

(病児保育事業を実施する施設名)
様

今治市病児保育事業児童票

※年度の初回利用時にご記入ください。(感染症・予防接種・アレルギー・電話番号など内容に変更のあった時は、利用時にその旨お伝えください。)

登録番号

—

フリガナ 児童氏名			男・女	生年月日	年	月	日	生
在籍園・学校名	あり() なし		かかりつけ医院					
住所	〒							電話番号
母親	氏名			勤務先名				
	携帯Tel			勤務先Tel	内線			
父親	氏名			勤務先名				
	携帯Tel			勤務先Tel	内線			
その他同居家族	人 : 内訳()							
出生	出生時体重	g		妊娠週数	週			
発達	発達で気になることはありませんか？(言葉の遅れなど)							
	普通・少し遅れていると思う・わからない ()							
先天性・慢性 の病気	病名			年齢		入院		
	1			歳	か月	無・有		
	2			歳	か月	無・有		
	3			歳	か月	無・有		
熱性けいれん	無・有	初回	歳	ヶ月	現在まで 回			
アレルギー	無・有	()						
常用薬	無・有	()						
予防 接種歴	ヒブ	未・1回・2回・3回・追加		BCG	未・済			
	肺炎球菌	未・1回・2回・3回・追加		MR(麻しん・風しん)	未・1期・2期			
	四種混合1期	未・1回・2回・3回・追加		おたふくかぜ	未・1回・2回			
	日本脳炎	未・1回・2回・3回・4回		みずぼうそう	未・1回・2回			
	B型肝炎	未・1回・2回・3回		ロタウイルス	未・1回・2回・3回			
	その他予防接種		()					
感染症歴	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> ふうしん <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ノロウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> その他()							

裏面にもご記入ください

生活習慣	4歳以下のお子様にご記入ください。	排便回数		回	便意	知らせる ・ 知らせる時もある ・ 知らせない		
		排便サイン						
		排尿回数		回	尿意	知らせる ・ 知らせる時もある ・ 知らせない		
		排尿サイン						
	衣服着脱			着替えさせる ・ 手伝うと自分で出来る ・ 自分で出来る				
	昼寝			:	~	:	寝かせ方	一人寝 ・ 添い寝
	睡眠のくせ			おしゃぶり ・ ぬいぐるみ ・ タオル ・ 母親の身体の一部 その他()				
	人見知り			しない ・ する ・ 激しくする				
	好きな遊び							
	好きなキャラクター							
保護者から見た性格								
その他配慮事項 (喘息 等)								

食事	食事量	よく食べる ・ 普通 ・ 食が細い					
	食事方法	一人で食べる ・ 一人で食べようとする ・ 食べさせる					
	食事道具	はし ・ スプーンとフォーク ・ 手					
	授乳内容	ミルク ・ 母乳 ・ 混合	授乳時間				
	授乳量	ml	授乳回数	回/日			
	離乳食開始時期	ヶ月~	離乳食回数	回/日			
	離乳食内容	初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 大人と同じ					