

# 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

登録No.

※初回登録時及び登録更新時、ご記入ください。

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	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)				
通っている施設名	( 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				
緊急連絡先 ( )内に優先順位 記入	父・携帯 ( )		父・勤務先 ( )		母・携帯 ( )		母・勤務先 ( )		
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									
出生・出産時 の状況	分娩経過	自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 ( )							
	出生体重	g		妊娠週数	週				日
予防接種 の状況	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				
	ヒブ	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4		B型肝炎	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3				
	□タウウイルス	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3		みずぼうそう	未 ・ 1 ・ 2				
	○おたふく	未 ・ 1 ・ 2		日本脳炎	未 ・ 1 ・ 2 ・ I期追加				
済んだものに ○をつける	その他(インフルエンザ等)								
感染症歴	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	歳	ヶ月	最後	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 ・ 食が細い							
	食事方法	1人で食べられる ・ 1人で食べようとする ・ 食べさせている							
	食事道具	はし ・ スプーンとフォーク ・ 手づかみ							
	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				
	水分摂取	よく飲む ・ 普通 ・ あまり飲まない							
	水分摂取方法	コップ ・ ストロー(マグ) ・ 哺乳瓶							

※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 )