

病児保育登録児童票

児 童 名	フリガナ		性 別	生年月日	平成 年 月 日生	
			男 ・ 女			
住 所	〒		電話番号	〔自宅〕		
				〔携帯〕		
通園(学)施設名	入園(学)時期 年 月入園(学)					
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	勤 務 先	所 在 地	電 話 番 号
		父				
		母				
	兄 弟 姉 妹	歳 (男 ・ 女)		歳 (男 ・ 女)	歳 (男 ・ 女)	
緊急連絡先	①氏名	連絡先:		②氏名	連絡先:	
成 育 歴	妊娠中の異常 なし ・ あり ()			出産時の異常 なし ・ あり ()		
	出生体重 g			現在の体重 g		
	栄養法 母乳 ・ 人工ミルク ・ 混合			離乳食開始時期 ヶ月		
食 事 (何れか選択)	<input type="checkbox"/> ミルクのみ		<input type="checkbox"/> 離 乳 食		<input type="checkbox"/> 幼 児 食	
	1回量__ml×__時間毎		保育所で____回		<input type="checkbox"/> 普 通 食	
	<input type="checkbox"/> 食 事 制 限 アレルギー () ・ その他 ()					
予 防 接 種	ポ リ オ	1回目 年 月 ・ 未		2回目 年 月 ・ 未		
	三 種 混 合	1期 1回目	2回目	3回目 ・ 未	1期追加 年 月 ・ 未	
	B C G	年 月 ・ 未	麻疹・風疹ワクチン		年 月 ・ 未	ビブワクチン 年 月 ・ 未
	水 ぼう そう	年 月 ・ 未	おたふくかぜ		年 月 ・ 未	日 本 脳 炎 年 月 ・ 未
	肺 炎 球 菌	年 月 ・ 未	B 型 肝 炎		年 月 ・ 未	そ の 他
感 染 症	突 発 性 発 疹	才 ・ 未	水 ぼう そう		才 ・ 未	は し か 才 ・ 未
	お た ふ く か ぜ	才 ・ 未	麻 疹		才 ・ 未	百 日 咳 才 ・ 未
	肺 炎	才 ・ 未 (キヤリアで ある ・ ない)			手 足 口 病 才 ・ 未	
こ れ ま で の 病 気	熱 性 痙 攣	なし ・ あり (才 ヶ月 最後 才 ヶ月) これまでに 回				
	喘 息 様 気 管 支 炎	なし ・ あり (内服薬 ・ 吸入薬 ・ 貼り薬)		アトピー性皮膚炎	なし ・ あり (内服薬 ・ 塗り薬)	
	入 院 歴	なし ・ あり (病名 年齢 期間 日間)			その他	
アレルギ-につい	具体的に					
そ の 他	平熱 °C	毎日飲んでいる薬		配慮してほしいこと		
か かり つ け の 病 院	(病院名)		(病院名)		健 康	(記号番号)
	(TEL)		(TEL)		保 険 証	(保険者名)

※添付書類 健康保健証(写)