

平成 年度 阪奈中央病児保育園 登録児童票

◎添付書類:健康保険証コピー(1部)

記載日: 年 月 日

児童名	フリガナ		男・女	生年月日	平成 年 月 日 生まれ			
住所	〒		電話番号	[自宅]				
				[携帯]				
緊急連絡先	①氏名		続柄:	電話番号:				
	①氏名		続柄:	電話番号:				
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)	
予防接種 (※当てはまるものに○をつけて下さい)	4種混合	1期 [1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済]		1期追加済		未		
	日本脳炎	1期 [1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済]		1期追加済		未		
	肺炎球菌	1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済		4回目済		未		
	Hib	1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済		4回目済		未		
	B型肝炎	1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 未		BCG	接種済		未	
	麻しん風しん(MR)	1回目済 ・ 2回目済 ・ 未		ロタ	1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 未			
	水ぼうそう	1回目済 ・ 2回目済 ・ 未		おたふくかぜ	接種済		未	
	その他 [ワクチン]		年 月 日	その他 [ワクチン]		年 月 日
これまでに かかった病気 (※かかったものに○をつけて下さい)	① 突発性発疹 ② 麻疹(はしか) ③ 風疹(三日はしか) ④ 水痘(水ぼうそう) ⑤ おたふくかぜ ⑥ 熱性けいれん(これまでの発作: 回、最終発作: 年 月 日、抗けいれん薬の坐薬の指示: ある・ない) ⑦ 喘息様気管支炎および喘息(継続治療中・悪化時のみ治療) ⑧ アトピー性皮膚炎(継続治療中・悪化時のみ治療) ⑨ その他[]							
入院歴	なし・あり [病名: 、 歳 か月] [病名: 、 歳 か月]							
治療中の病気	なし・あり [病名: 、 歳 か月~] [病名: 、 歳 か月~]							
毎日服用している薬	なし・あり [薬品名:] [薬品名:] [薬品名:] [薬品名:]							
アレルギー (薬物・食物・その他)	なし・あり(※ありの場合、何のアレルギーか、どのような症状が出るか等、具体的に記述してください)							
生活習慣 (※当てはまるものに○をつけて下さい)	与薬方法	①お口にそのまま薬を入れて飲む ②水に溶かして飲む ③その他()						
	水分摂取	①コップで飲む ②マグを使う ③哺乳瓶を使う ④スプーンを使う ⑤その他()						
	食事	①一人で食べれる ②半分程度お手伝いして一人で食べる ③全て介助者が食べさせる						
	排泄	①尿・便ともトイレで可能 ②尿はトイレ・便はオムツ ③全てオムツ ★使ったことのあるトイレは?(和式・洋式)						
	午睡	①一人で眠る ②トントンされて眠る ★眠る時に必要なものはありますか?()						
	好きな遊びを記入してください:							
配慮を必要とすること								
かかりつけ医	病院				病院			

病児保育利用日 記入欄 (※園で記入します)																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57