

病児保育室 児 童 票				記入日	年	月	日
名 前		性 別	年 齢		生 年 月 日		
		男・女	歳 月		年 月 日		
愛 称		平 熱		登 録 場 所		登 録 日	
		℃		東小岩・篠崎・西葛西・瑞江		年 月 日	
住 所		〒				自宅から病児保育室までの所要時間	
自宅電話番号				通園・通学施設			
保護者氏名		続 柄		保護者氏名		続 柄	
		携 帯 電 話				携 帯 電 話	
勤務先から病児保育室までの所要時間と交通手段		約 分 ()		勤務先から病児保育室までの所要時間と交通手段		約 分 ()	
兄弟・姉妹(名)		歳(男・女)		兄弟・姉妹(名)		歳(男・女)	
アレルギー		食 物		食事制限の程度			
		そ の 他					
持病の確認		喘 息	てんかん	熱性痙攣(初回 月 日/最終 月 日)		その他()	
常 用 薬				かかりつけ医			
普段の食事量		少・普・多	そ の 他	体質・癖・心配な事・配慮の必要な事柄など、具体的にお書きください。			

出 産	体 重	分	娩	出生時異常
	g	自然・帝王切開・その他()		無・有()
発達について特筆すべき事項	無・有()			

ワクチン名	接種歴				ワクチン名	接種歴	
	1回目	2回目	3回目	追加		1回目	2回目
ヒブ	年 月	年 月	年 月	年 月	BCG	年 月	
肺炎球菌	年 月	年 月	年 月	年 月	MR: I期/II期	年 月	年 月
B型肝炎	年 月	年 月	年 月		水痘	年 月	年 月
ロタ	年 月	年 月	年 月		おたふく	年 月	年 月
4種混合	年 月	年 月	年 月	年 月	日本脳炎	年 月	年 月
	年 月	年 月	年 月	年 月		年 月	年 月

既往症	病 名	年 齢	入 院 (医療機関)	
	突発性発疹	歳 月	無・有	
		歳 月	無・有	
		歳 月	無・有	

一 利用記録(保育室記入欄)一

利用日	病 名	病 状・そ の 他	利用日	病 名	病 状・そ の 他
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		