

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		登録年度（保育室記入欄）				
		℃						
住 所					自宅から病児保育室までの所要時間		分	
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		