

病児保育室 児童 票					記入日	年	月	日
名		姓 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		
		℃		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		分
自宅電話番号				通園・通学施設				
保護者氏名			続柄					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		