

病児保育室 児 童 票						記入日		年 月 日		
ふりがな		がな		性 別	年 齢		生 年 月 日			
				男 ・ 女	歳 か月		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		保護者氏名				
		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 プ	年 月	年 月	年 月	年 月	B C G	年 月	
肺 炎 球 菌	年 月	年 月	年 月	年 月	M R : 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
5 種 混 合	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 か月	無 ・ 有	
		歳 か月	無 ・ 有	
		歳 か月	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		