

病児保育室 児 童 票										記入日		年		月		日	
名				がな		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	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 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		