

2025年度 病児・病後児保育室児童票

病児番号

病後児番号

記入日: 年 月 日

ふりがな 児童氏名			男 女	生年月日	西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)(歳児)	
自宅住所	(〒 -)			自宅電話番号		
				通園(学)施設名		
保 護 者	ふりがな 父・氏名 ()歳			ふりがな 母・氏名 ()歳		
	父携帯電話			母携帯電話		
	父 勤 務 先	名称		母 勤 務 先	名称	
		住所			住所	
		電話			電話	
	児童の きょうだい		歳(男・女)		歳(男・女)	
緊急連絡先()内 に優先順位を記入		父・携帯電話 ()		母・携帯電話 ()		
父・勤務先 ()		母・勤務先 ()				
保護者以外の 緊急連絡先	ふりがな 氏名			児童との続柄	電話番号	
かかりつけ医療機関						
出生・出産 時の状況		分娩経過: 自然分娩・帝王切開・その他()				
		出生時体重: ()g 妊娠週数 ()週				
予 防 接 種	B型肝炎				四種混合	MR(麻疹・風疹)
	ロタウィルス				ヒブ	おたふくかぜ
	肺炎球菌				五種混合	水痘
	日本脳炎				BCG	その他
感 染 症 歴	麻疹	年	月	水痘	年	月
	風疹	年	月	百日咳	年	月
	おたふくかぜ	年	月	B型肝炎	年 月(キャリアーでない・ある)	

入院歴	なし・あり	(病名 歳 ヶ月)		(病名 歳 ヶ月)					
		(病名 歳 ヶ月)		(病名 歳 ヶ月)					
熱性 けいれん	なし・あり	初回発作 歳 ヶ月		回数					
		最終発作 歳 ヶ月		回					
		発作時の対応							
喘息・喘息様 気管支炎	なし・あり	内服薬	飲んでいる ・ 発作時のみ ・ 飲んでいない						
		吸入療法	行っている ・ 発作時のみ ・ 行っていない						
アトピー性 皮膚炎	なし・あり	使用している薬	塗り薬 ・ 飲み薬 ・ なし						
		食事療法	行っている ・ 行っていない						
その他 日常的に服用している 薬		病名	薬の種類と与薬方法						
アレルギー	薬	なし・あり (薬品名)							
	食物	なし・あり							
食物チェック表 (0歳児は食べたものに○、1歳児以上は、アレルギーの食物に×をつけてください)									
米	パン	麺類	鶏肉	豚肉	しらす	白身魚	青背魚	赤身魚	甲殻類
たらこ	だ し	鰹節 煮干し	豆腐	納豆	味噌	しょう油	ごま	牛 乳	調理 そのまま
チーズ	ヨーグルト	卵	つなぎ 全卵	マヨネーズ	油(バター)	りんご	メロン	すいか	パイナップル
バナナ	その他の食事制限								
そ の 他	排尿	(回/日)	オムツ ・ トレーニング中 ・ パンツ						
	排便	(回/日)	オムツ ・ トレーニング中 ・ パンツ						
	睡眠のくせ								
	好きな遊び								
	薬の飲ませ方								
	その他、心配なことや発達面で配慮してほしいことがあれば、書いてください。								

※内容に変更があったときは、利用時にその旨をお伝えください。(例:通園施設、予防接種、電話番号など)
(保育園記入欄)

利用料金	徴収 ・ 免除 ・ 市外	受付日	・	・	処理	
------	--------------	-----	---	---	----	--

※個人情報の取扱いについて確認し、同意します。

ご署名 _____