

# わらべうた四谷病児室 児童票

記入日：西暦           年    月    日  
登録日：西暦           年    月    日

・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。(感染症・予防接種・電話番号等)

ふりがな お子さんの 氏名		男 女	生年月日 (年齢)	西暦    年    月    日 (    歳    か月)			
			愛称				
自宅住所	(〒            )		自宅電話番号				
			メールアドレス				
保育園名						(            年    月より登園開始)	
保護者	ふりがな 父・氏名			ふりがな 母・氏名			
	父・ 勤務先	名称			母・ 勤務先	名称	
		住所			住所		
		電話			電話		
	父・携帯電話			母・携帯電話			
保護者以外の 緊急連絡先	ふりがな 氏名			電話番号			
緊急連絡先 ( )内に優先順 位を記入	父・勤務先 (            )	母・勤務先 (            )	父・携帯電話 (            )	母・携帯電話 (            )			
かかりつけ 医療機関	名称						
出生・出産時 の状況	分娩経過	自然分娩    ・    帝王切開    ・    その他 (            )					
	出生体重	g		妊娠週数	週            日		
(済んだものに ○)	BCG	未    ・    済		MR(風疹・はしか)	未    ・    1    ・    2		
	DPT-IPV(四種混合)	未    ・    1    ・    2    ・    3    ・    4		みずぼうそう	未    ・    1    ・    2		
	DPT(三種混合)	未    ・    1    ・    2    ・    3    ・    4		おたふく	未    ・    1    ・    2		
	不活化ポリオ	未    ・    1    ・    2    ・    3    ・    4		肺炎球菌	未    ・    1    ・    2    ・    3    ・    4		
	ヒブ	未    ・    1    ・    2    ・    3    ・    4		日本脳炎	未    ・    1    ・    2    ・    I期追加		
	ロタウイルス	未    ・    1    ・    2    ・    3		B型肝炎	未    ・    1    ・    2    ・    3		
	その他(上記以外のもの)						
感染症歴	はしか	未    ・    済		風疹	未    ・    済		
	みずぼうそう	未    ・    済		百日咳	未    ・    済		
	おたふく	未    ・    済		突発性発疹	未    ・    済		
	その他(上記以外のもの)						

熱性けいれん	あり ・ なし		回数	回
	初回	歳 か月	最後	歳 か月
	投薬	あり(使用のタイミングを具体的に ) ・ なし		
喘息/喘息性 気管支炎	あり ・ なし	治療薬	飲んでいる ・ 発作時のみ ・ 飲んでいない	
		吸入	毎日 ・ 発作時のみ ・ していない	
アトピー性 皮膚炎	あり ・ なし	使用している薬	塗り薬 ・ 飲み薬 ・ なし	
既往歴		病名	年齢	入院の有無
	1			あり ・ なし
	2			あり ・ なし
	3			あり ・ なし
アレルギー の状況	食物	あり(食品名 : ) ・ なし		
		食事制限の程度 ( )		
	薬	あり(薬品名 : ) ・ なし		
生活習慣	排便回数	回/日	便意	知らせる ・ 時々知らせる ・ 知らせない
	排尿回数	回/日	尿意	知らせる ・ 時々知らせる ・ 知らせない
	昼寝	時間 ( 時 ~ 時頃)		
	睡眠のくせ			
	人見知り			
	好きな遊び・玩具			
	その他配慮事項 (発達上気になる点など)			
食事内容	食事量	よく食べる ・ 普通 ・ 食が細い		
	食事方法	1人で食べられる ・ 1人で食べようとする ・ 食べさせる		