

# 病児・病後児保育登録票

診察カードNo.	
登録日	

登録No. \_\_\_\_\_

登録児童	じどう しめい 児童氏名	愛称	性別	男・女	生年月日	年 月 日	生まれ （ 歳 ヲ月）		
	自宅住所（〒 - ）					自宅TEL			
						自宅FAX			
	通園施設名		保育園・幼稚園 電話番号						
かかりつけ医		（ ） 医院・病院（ ） DR							
緊急	緊急連絡先	① - -		携帯・自宅・会社（連絡先名）					
		② - -		携帯・自宅・会社（連絡先名）					
家族の状況	氏名（ふりがな）		生年月日	続柄	性別	勤務先（名称及びTEL）又は、幼・保・学校名			
			年 月 日		男・女				
			年 月 日		男・女				
			年 月 日		男・女				
			年 月 日		男・女				
			年 月 日		男・女				
これまでの様子	妊娠中の異常		無・有（ ）						
	出生時体重		g 出産時期：予定通り		日 早かった・遅かった		在胎 週		
	出産時の異常		無・有（ ） 栄養法 母乳・人工・混合						
	首のすわり		ヶ月	おすわり	ヶ月	一人歩き	ヶ月		
予防接種	ポリオ	未・	1回目済	2回目済	BCG	未・済	口タ	未・済	
	三種混合	未・	I期1回目	I期2回目	I期3回目	追加	流行性耳下腺炎	未・済	
	日本脳炎	未・	I期1回目	I期2回目	I期追加	II期	肺炎球菌	未・済	
	麻疹	未・済		風疹	未・済	水痘	未・済		
	MR(麻疹・風疹)	未・	1回目済	2回目済	ヒブ	未・済			
既往歴	①突発性発疹	歳	ヶ月	②麻疹	歳	ヶ月	③水痘	歳	ヶ月
	④風疹	歳	ヶ月	⑤百日咳	歳	ヶ月	⑥手足口病	歳	ヶ月
	⑦流行性耳下腺炎	歳	ヶ月	⑧ヘルパンギーナ	歳	ヶ月			
	⑨喘息及び喘息様気管支炎（現在治療中・悪化時のみ治療）				⑩肺炎		歳	ヶ月	
	⑪熱性けいれん		（回数： 回）（最後： 年 月 日）		（座薬の支持：無・有）				
	⑫かかりやすい病気		（ ）						
入院歴	無・有	病名：	歳	ヶ月	病名：	歳	ヶ月		
		病名：	歳	ヶ月	病名：	歳	ヶ月		
平熱（ °C） 常時服用している薬 無・有（具体的に： ） アレルギー 無・有（具体的に： ） 薬アレルギー 無・有（どのような薬： ） どのような症状： ） ※アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください									
配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください									