

世田谷区病児・病後児保育【児童票】

※年度の初回利用時にご記入ください。(感染症・予防接種・電話番号など内容に変更のあった時は、利用時にその旨お伝えください。)

登録番号 ー

フリガナ 児童氏名		男・女		生年月日		年 月 日 生					
愛称				年度内 初回利用日		年 月 日					
住所		〒		自宅から病児・病後児保育室 までの所要時間 分							
電話番号				保育施設名							
				入園年月		年 月					
保護者	続柄	フリガナ 氏名			勤務先名						
					勤務先Tel		内線				
		携帯Tel			勤務先から利用する病児・病後児 保育室までの所要時間		分				
	続柄	フリガナ 氏名			勤務先名						
					勤務先Tel		内線				
	携帯Tel			勤務先から利用する病児・病後児 保育室までの所要時間		分					
家族構成		計 人 : 内訳 ()									
主治医名		Tel									
出生・出産		自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 ()									
		出生時体重		g		妊娠週数		週 日			
発達	首のすわり		ヶ月	おすわり		ヶ月	つかまり立ち		ヶ月	一人歩き	ヶ月
	寝返り		ヶ月	はいはい		ヶ月	伝い歩き		ヶ月		
先天性の 病気・ 既往症	病名				年齢		入院				
	1				歳 ヶ月		無 ・ 有				
	2				歳 ヶ月		無 ・ 有				
	3				歳 ヶ月		無 ・ 有				
	4				歳 ヶ月		無 ・ 有				
	5				歳 ヶ月		無 ・ 有				

今までに かかった 感染症	はしか	未 ・ 済	突発性発疹	未 ・ 済
	ふうしん	未 ・ 済	百日咳	未 ・ 済
	みずぼうそう	未 ・ 済	B型肝炎	未 ・ 済
	おたふく	未 ・ 済	その他	

熱性けいれん	無 ・ 有	回数 回	初回 最後	歳 歳	ヶ月 ヶ月
その他のけいれん ()	無 ・ 有	回数 回	初回 最後	歳 歳	ヶ月 ヶ月

アレルギー	食物	無 ・ 有 () 食事制限の程度 ()	
	薬	無 ・ 有 (薬品名 :)	
	環境	無 ・ 有 [ダニ・ハウスダスト・動物 () その他 ()]	

裏面にもご記入ください

予防接種	BCG	未 ・ 済	日本脳炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 追加
	ポリオ（生ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回	みずぼうそう	未 ・ 1回 ・ 2回
	ポリオ（不活化）	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	おたふく	未 ・ 1回 ・ 2回
	四種混合 1期 （ジフテリア・百日咳・ 破傷風・ホリタ）	未 ・ 初回（1・2・3） ・ 追加	H i b	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
	ロタウイルス	ロタリックス（1価） 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回	肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
		ロタテック（5価） 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回		
	MR （麻しん・風しん混合）	未 ・ 1期 ・ 2期	B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
	その他予防接種			

常用薬	内服 ※おうちでの薬の飲ませ方 についてもご記入ください。	
	外用	
	坐薬	
	吸入	

※先天性の疾患・既往症に対応する処方薬等、普段から使用しているお薬があれば記入して下さい。

生活習慣	排便回数	回	便意	知らせる ・ 知らせる時もある ・ 知らせない	
	排便サイン				
	排尿回数	回	尿意	知らせる ・ 知らせる時もある ・ 知らせない	
	排尿サイン				
	衣服着脱		着替えさせる ・ 手伝うと自分で出来る ・ 自分で出来る		
	昼寝		： ～ ：	寝かせ方	一人寝 ・ 添い寝
	睡眠のくせ		規則的 ・ 不規則的 （ 時～ 時まで）		
	人見知り		しない ・ する ・ 激しくする		
	好きな遊び				
	好きなおもちゃ				
	保護者から見た性格				
	その他配慮事項 （喘息 等）				
食事	食事量	よく食べる ・ 普通 ・ 食が細い			
	食事方法	一人で食べる ・ 一人で食べようとする ・ 食べさせる			
	食事道具	はし ・ スプーンとフォーク ・ 手			
	授乳内容	ミルク ・ 母乳 ・ 混合	授乳時間		
	授乳量	ml	授乳回数	回/日	
	離乳食開始時期	ヶ月～	離乳食回数	回/日	
	離乳食内容	初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 大人と同じ			