

世田谷区病児・病後児保育

【児童票】

年度の初回利用時にご提出ください

※お子様ที่安心安全に過ごせるよう、お子様の状況や日頃の様子などを、詳細にご記入ください。

※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。

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		病児・病後児保育 登録番号	—				
保育施設名		普段の登園時間	時	分			
入園年月	年	月	普段の降園時間	時	分		
登園曜日に○	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土						
保護者	続柄	フリガナ 氏名	勤務先名				
		携帯Tel	勤務先Tel	内線			
			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				
		携帯Tel	勤務先Tel	内線			
			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 ()						
かかりつけ医 (病院名)	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	
平熱	℃						
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	百日咳	未 ・ 済
	ふうしん	未 ・ 済	B型肝炎	未 ・ 済
	みずぼうそう	未 ・ 済	その他	
	おたふく	未 ・ 済		

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
	みずぼうそう	未・1回・2回	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・ポリオ)	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	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 (新型コロナワクチン接種等)				

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		
その他 (配慮事項等)				