

病児保育室 児童票

平成 年 月 日 記入

フリガナ 氏名		男女 女	愛称			
生年月日 平成 年 月 日生 (歳 ヶ月 ・ 第 子						
住 所 〒			電話番号 ()			
父	氏名		携帯電話			
	職業	勤務先名	電話番号			
母	氏名		携帯電話			
	職業	勤務先名	電話番号			
その他の 保護者	氏名		続柄			
	携帯	勤務先名	電話番号			
かかりつけの医院名						
住 所			TEL ()			
※スワン保育園以外に 通園中の方		通っている保育所(園)名				
出生時の異常 なし ・ あり () 出生時体重						
これまでの病気について	喘息 なし・あり	薬 毎日・発作時・無	熱性 けいれん なし・あり ()回	初回 歳 ヶ月	アトピー性 皮膚炎 なし・あり	内服薬・塗り薬・ 食事療法・ その他()
		吸入 毎日・発作時・無		最近 歳 ヶ月		
		その他 毎日・発作時・無		座薬の使用		
	食物アレルギー		なし ・ あり (牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他())			
	入院の経験		なし ・ あり			
その他の病気		(歳 ヶ月 病名) (歳 ヶ月 病名) (歳 ヶ月 病名)				
予防接種について (接種済みのものに○を付けてください)						
BCG	ポリオ (1回目・2回目)	麻疹(はしか)・風疹 [MR 二種混合] I期・II期				
三種混合 I期 1回目・2回目・3回目・追加						
水ぼうそう	おたふくかぜ	その他 ()				

● 裏面の記入もお願いします。

心配なこと・配慮してほしいこと等があればご記入ください。

食事

睡眠

排泄

くせ

その他