

# 病児保育室 児童票

平成 年 月 日 記入

フリガナ 氏名		男女	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	( 歳 ヶ月 病名 ) ( 歳 ヶ月 病名 ) ( 歳 ヶ月 病名 )		
その他の 病気						
予防接種について (接種済みのものに○を付けてください)						
四種混合 I期 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加						
BCG		日本脳炎( 回目)	麻疹・風疹 [MR 二種混合] I期 ・ II期			
Hib( 回目)		肺炎球菌( 回目)	ロタウイルス	B型肝炎		
流行性耳下腺炎(おたふく)			水痘(水ぼうそう) 回目			
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