

品川区病児保育児童票

| | |
|------|--|
| 登録番号 | |
|------|--|

申請者名

| | | | | | | |
|------|--------|-------------|----|------|-----------------------|-------|
| 登録児童 | 児童氏名 | | 愛称 | 性別 | 生年月日 | |
| | | | | 男女 | (年 月 日) (歳 ヶ月) | |
| | 自宅住所 | (〒 -) | | | | 自宅電話: |
| | 通園施設名 | () 保育園・幼稚園 | | | | |
| | 入園日 | 年 月 日 入園 | | 連絡先: | | |
| | かかりつけ医 | 連絡先: | | | | |

| | | | | | |
|----------|----|----|----|--------------------------|--------------------|
| 家族構成(同居) | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 緊急連絡先 ※必ず繋がる連絡先をご記入ください。 | |
| | | | | ①保護者続柄 () | 勤務先名: 連絡先 携帯電話: |
| | | | | ②保護者続柄 () | 勤務先名: 連絡先 携帯電話: |
| | | | | ③その他 () | 氏名: 携帯電話: |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|------------|--------------------------|--------|---|---|--|
| 周産期 | ① 妊娠中の児の状態 | ※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。 | | | | |
| | ② 妊娠中の母の状態 | ※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。 | | | | |
| | ③ 出生体重 | g | ④ 在胎週数 | 週 | 日 | |
| | ⑤ 出産時の児の状態 | ※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。 | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------|-----------|----------------|--------|--------|----------|-----------|------------|----|----|
| 乳児期の発達 | ① 頸のすわり | ヶ月 | ② おすわり | ヶ月 | ③ つかまり歩き | ヶ月 | ④ 一人歩き | ヶ月 | |
| | ⑤ 乳児期の栄養 | 母乳栄養・人工栄養・混合栄養 | | | | ⑥ 離乳食開始時期 | ヶ月 | | |
| | ⑦ 離乳食 | 前期 | ヶ月～ | 中期 | ヶ月～ | 後期 | ヶ月～ | | |
| | ⑧ 現在の食事内容 | | | | | | ⑨ あやされると笑う | 歳 | ヶ月 |
| | ⑩ 初語 | 歳 | ヶ月 | ⑪ 人見知り | 歳 | ヶ月 | ⑫ 母親の後追い | 歳 | ヶ月 |

| | | | | | | | | | | |
|------|------------|-----------------------|------|-----|-----|----------|-----|-----|-----|-----|
| 予防接種 | ① BCG | 年 月 | ② MR | 1 | 年 月 | 2 | 年 月 | | | |
| | ③ 水痘 | 1 | 年 月 | 2 | 年 月 | ④ おたふくかぜ | 1 | 年 月 | 2 | 年 月 |
| | ⑤ Hib (ヒブ) | I-1 | 年 月 | I-2 | 年 月 | I-3 | 年 月 | 追加 | 年 月 | |
| | ⑥ 四種混合 | I-1 | 年 月 | I-2 | 年 月 | I-3 | 年 月 | 追加 | 年 月 | |
| | ⑦ 肺炎球菌 | I-1 | 年 月 | I-2 | 年 月 | I-3 | 年 月 | 追加 | 年 月 | |
| | ⑧ ロタ | 1 | 年 月 | 2 | 年 月 | 3 | 年 月 | | | |
| | ⑨ B型肝炎 | 1 | 年 月 | 2 | 年 月 | 3 | 年 月 | | | |
| | ⑩ 日本脳炎 | I-1 | 年 月 | I-2 | 年 月 | 追加 | 年 月 | II | 年 月 | |
| | ⑪ その他の接種 | () ・ () ・ () ・ () | | | | | | | | |

| | | | | |
|-------------|---|--------------------|-----------------------------|-----|
| 感染症歴 | ① 麻疹 | 歳 月 | ② 風疹 | 歳 月 |
| | ③ 水痘 | 歳 月 | ④ おたふくかぜ | 歳 月 |
| | ⑤ マイコプラズマ肺炎 | 歳 月 | ⑥ 突発性発疹 | 歳 月 |
| | ⑦ 溶連菌感染症 | 歳 月 | ⑧ RSウイルス感染症 | 歳 月 |
| | ⑨ アデノウイルス感染症 | 歳 月 | ⑩ ヒトメタニューモ感染症 | 歳 月 |
| | ⑪ その他（具体的に） | | | |
| これまでにかかった病気 | ① 熱性痙攣 | (初回) 歳 月 (最後) 歳 月 | (計) 回 | |
| | ② 急性中耳炎 | 無・有 (直近: 年 月) | (計) 回 | |
| | ③ 肺炎 | 無・有 (直近: 年 月) | (計) 回 | |
| | ④ 喘息 喘息性気管支炎 | 無・有 | 毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時のみ(薬品名) | |
| | | | 毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名) | |
| | ⑤ 食物アレルギー | 無・有 (治療: 内服薬・食事療法) | 原因食物 () | |
| | | | 食事療法 () | |
| | ⑥ アトピー性皮膚炎 | 無・有 (治療: 内服薬・外用薬) | 内服薬品名 () | |
| 外用薬品名 () | | | | |
| ⑦ その他の病気 | (具体的に) | | | |
| ⑧ 入院したこと | 無・有 | 病名: 歳 月 | | |
| | | 病名: 歳 月 | | |
| 常用薬 | 喘息・アトピー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。 | | | |
| | 1 | 4 | | |
| | 2 | 5 | | |
| | 3 | 6 | | |
| 食事 | 食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にご記入ください。 | | | |
| | (診断医療機関名) | | | |
| 性格 | | | | |
| その他 | 体質(薬物アレルギー、じんましん等)や、くせなどの心配事・保育時に配慮してほしいことについて、具体的にご記入ください。 | | | |