

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 _____

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				
		携帯Tel			勤務先Tel	内線			
	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 ()								
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・ポリオ）	未・初回（1・2・3）・追加	H i b	未・1回・2回・3回・追加
	DPT （三種混合） 1期 （ジフテリア・百日咳・破傷風）	未・初回（1・2・3）・追加	肺炎球菌	未・1回・2回・3回・追加
	MR（二種混合） （麻しん・風しん）	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		