

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	平成	年	月		
母親	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			
父親	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	歳	ヶ月	最後	歳	ヶ月
その他のけいれん ()	無 ・ 有	回数	回	初回	歳	ヶ月	最後	歳	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	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	Hib	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 ※おうちでの薬の飲み方についてご記入ください。	
	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		