

KID ACADEMY NURSERY 病児保育用

児童票（原簿）				入園	年 月 日
				退園	年 月 日
フリガナ 児童氏名				男・ 女	〔生年月日〕 年 月 日生
フリガナ 保護者氏名				〔続柄〕	〔現住所〕 自宅電話
家族及び同居者の状況	氏 名	続 柄	生 年 月 日	勤務先名・在 学 校 名	備 考
かかりつけ医				電話番号	

緊急連絡先

緊急連絡先①	（続柄： ）	電話番号
緊急連絡先②	（続柄： ）	電話番号
緊急連絡先③	（続柄： ）	電話番号

妊娠・出産・乳児期

出産（母 才、第 子）	出生児の体重（ g）
妊娠中：正常・異常（ ）	出産時：正常・異常
授乳（母乳・人工・混合）	離乳開始（ カ月） 離乳完了（ カ月） 首のすわり（ カ月）
人見知り 有・無（ カ月）	座位（ カ月） ハイハイ（ カ月）
歩きはじめ（ 歳 カ月）	片ことのはじめ（ 歳 カ月）

予防接種（入園前・入園後ともに実施年月/歳月を記入）

H i b	1回目	2回目	3回目	追加	日本脳炎	1回目	2回目	第1期追加
肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加	B C G	1回目		
流行性耳下腺炎	1回目	2回目	3回目	追加	水痘	1回目	2回目	
四種混合	1回目	2回目	3回目	追加	ロタウイルス	1回目	2回目	
三種混合	1回目	2回目	3回目	追加	B型肝炎	1回目	2回目	追加
ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加	インフルエンザ	近々の接種		
MR	1回目	2回目						

感染症等の罹患状況（入園前・入園後ともに発病年月・歳月を記入）

水痘	年 月(歳 月)	流行性角結膜炎	年 月(歳 月)
流行性耳下腺炎	年 月(歳 月)	溶連菌感染症	年 月(歳 月)
麻疹	年 月(歳 月)	咽頭結膜熱	年 月(歳 月)
風疹	年 月(歳 月)	インフルエンザ	年 月(歳 月)
	年 月(歳 月)		年 月(歳 月)

主な既往症と特記事項

アレルギー無・有 ()
けいれん 無・有 ()



KID ACADEMY
NURSERY

kids intelligence development academy

食物アレルギー児童状況確認票

記入見本

(食物アレルギーがない場合は、提出不要です。)

記入日	2019年 4月 1日		
記入者名	神戸 花子	続柄(母)	
ふりがな	こうべ はな		
児童名	神戸 はな		
生年月日	2017年 5月 5日		
アレルゲン	卵・牛乳・乳製品・大豆・えび		
症状	じんましん・呼吸困難		
食物アレルギーで 医療機関に 受診していますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい 検査方法: 血液検査・ <u>食物負荷試験</u> その他()		
	<input type="checkbox"/> いいえ		
	直近の検査実施日: 年 月 日		

現在、食物アレルギーによる配慮を行なっている食材に○をつけ、不可の食材を具体的に記入してください。
また、アナフィラキシー既往歴と食材への接触の配慮について記入してください。

食材名		不可の食材を具体的に記入	アナフィラキシー 既往歴	食材への 接触の配慮
鶏卵	<input type="radio"/>	卵白のみ不可	有・ <input type="radio"/> 無	必要・ <input type="radio"/> 不要
牛乳・乳製品	<input type="radio"/>	牛乳・ヨーグルトは除去(チーズ可)	有・ <input type="radio"/> 無	必要・ <input type="radio"/> 不要
小麦粉			有・無	必要・不要
ソバ			有・無	必要・不要
ピーナッツ			有・無	必要・不要
大豆	<input type="radio"/>	全除去	有・ <input type="radio"/> 無	必要・ <input type="radio"/> 不要
ゴマ			有・無	必要・不要
ナッツ類			有・無	必要・不要
甲殻類	<input type="radio"/>	えび	<input type="radio"/> 有・無	<input type="radio"/> 必要・不要
貝類			有・無	必要・不要
魚卵			有・無	必要・不要
肉類			有・無	必要・不要
果物			有・無	必要・不要
その他			有・無	必要・不要
備考 伝えておきたいこと等				



KID ACADEMY
NURSERY

kids intelligence development academy

食物アレルギー児童状況確認票

(食物アレルギーがない場合は、提出不要です。)

記入日	年 月 日
記入者名	続柄 ()
ふりがな	
児童名	
生年月日	年 月 日
アレルゲン	
症状	
食物アレルギーで 医療機関に 受診していますか	<input type="checkbox"/> はい 検査方法：血液検査・食物負荷試験・その他 () 直近の検査実施日： 年 月 日
	<input type="checkbox"/> いいえ

現在、食物アレルギーによる配慮を行なっている食材に○をつけ、不可の食材を具体的に記入してください。
また、アナフィラキシー既往歴と食材への接触の配慮について記入してください。

食材名	不可の食材を具体的に記入	アナフィラキシー 既往歴	食材への 接触の配慮
鶏卵		有・無	必要・不要
牛乳・乳製品		有・無	必要・不要
小麦粉		有・無	必要・不要
ソバ		有・無	必要・不要
ピーナッツ		有・無	必要・不要
大豆		有・無	必要・不要
ゴマ		有・無	必要・不要
ナッツ類		有・無	必要・不要
甲殻類		有・無	必要・不要
貝類		有・無	必要・不要
魚卵		有・無	必要・不要
肉類		有・無	必要・不要
果物		有・無	必要・不要
その他		有・無	必要・不要
備考 伝えておきたいこと等			

病児保育利用連絡票

令和 年 月 日

所在
名称
医師氏名
電話番号
印

病児保育の利用にあたり必要な情報について以下の通り提供します

利用者 氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
住所	〒		
電話番号			
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 () <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 百日咳		
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> プール熱 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎		
利用予定 期間	月 日 ~ 月 日まで (日間)		
その他 注意事項	その他配慮すべき事柄があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など)		
処方内容			

KID ACADEMY NURSERY 園

KID ACADEMY NURSERY〇〇園 病児保育記録



☆ **口本件**のみ、ご記入をお願いします 利用 日目

ご利用日 令和 年 月 日 ()		平熱 ℃	自宅での様子		病児保育室での様子	
ご利用時間 : ~ :			昨夜	今朝	9:00	12:00
お名前	ふりがな	体重 kg	39			
			熱計 38			
			37			
			36			
年齢: 歳 か月 男・女						
緊急連絡先	①職場 ()	朝の薬	飲んだ・飲んでない :		与薬: 与薬者	使用時間 :
	②携帯 ()	解熱剤	最終使用時間 :		座薬: 与薬者	使用時間 :
今の生活について		咳	多・少・なし		多・少・なし	多・少・なし
☆ 食事の種類		鼻水	多・少・なし		多・少・なし	多・少・なし
・ミルク1回量 ml		嘔吐	回	回	回	回
時 時 時		便	回	回	回	回
・幼児食(細かく刻んだもの)		普通・軟・水様		普通・軟・水様	普通・軟・水様	普通・軟・水様
・普通食		尿	回	回	回(普通・少)	回(普通・少)
・除去食 無・有 ()		水分	少量・普通・飲まない		ミルク・お茶 イオン水・他	ミルク・お茶 イオン水・他
☆ 水分摂取		食事	夕食 :	朝食 :	おやつ :	おやつ :
・哺乳瓶・ストロー・コップ		睡眠	良眠・浅い・不眠 : ~ :		良眠・浅い・不眠 : ~ :	良眠・浅い・不眠 : ~ :
☆ 排泄		機嫌	良・普通・悪		良・普通・悪	良・普通・悪
・おむつ		安静・活気	元気・横になっている おとなしい		元気・横になっている おとなしい	元気・横になっている おとなしい
・トイレ		☆ 配慮してほしいこと		病児保育室での様子・コメント		
☆ お屋敷		☆ 病状の経過・家庭からのコメント (入室2日目以降は、帰宅後から今までの様子)				
・する (: ~ :)						
・しない						
☆ 好きな遊び・キャラクター等普段の様子						
☆ 性格						
病児について						
☆ 診断名・症状						
☆ 薬処方: 無・有						
☆ 投薬依頼: 無・有						
☆ いつものお薬の飲ませ方						
☆ 解熱剤について						
() できるだけ使わないでほしい						
() 保育室の判断に任せる						
() ℃になったら使用してほしい						
		利用料金 ¥		受領者	園長確認	
		受領時間 時 分				