

病児保育児童票

施設名

登録日 _____ 年 ____ 月 ____ 日
児童名

※太枠内をご家庭にてご記入ください。

※個人情報保護法にもとづいて、記入いただいた個人情報は適正に取り扱いたします。

※児童票はお子様退園後5年間保育園で保管いたします。

病児保育児童票

年 月 日記入

ふりがな							
児童名							
愛称				性別	男 ・ 女		
生年月日	平成 年 月 日生			血液型	型 RH(+・-)		
保護者名	(続柄:)				健康保険 種類(社保・国保・共済・その他) 記号_____番号_____ 保険者名()		
住所	〒						
電話番号				FAX			
第一緊急連絡先	氏名 (続柄:) TEL						
第二緊急連絡先	氏名 (続柄:) TEL						
家族の状況	父	フリガナ				勤務先名	
		氏名	(年 月 日 生 才)			勤務先住所	
						勤務先電話	
						携帯電話	
	母	フリガナ				勤務先名	
		氏名	(年 月 日 生 才)			勤務先住所	
						勤務先電話	
						携帯電話	
続柄	氏名(フリガナ)	生年月日(年齢)		健康状態	職業	勤務先	
		年 月 日 (才)					
		年 月 日 (才)					
		年 月 日 (才)					
		年 月 日 (才)					
送迎	通常時送迎者	送り			迎え		
	代理送迎者	送り			迎え		
	通園方法	徒歩・バス・電車・車・その他()			通園所要時間	時間 分	
かかりつけ病院	病院名		診療科目		電話番号		

生育暦					
出生暦	妊娠中の病気	有	切迫流産	第 週 ・ 日間入院	
			妊娠中毒症	蛋白尿 ・ 高血圧 ・ 浮腫	
		無	妊娠貧血	第 週(Hb g/dl) 内服薬 ・ 注射	
			妊娠悪阻	強い ・ 普通 ・ 軽い	
			その他	()	
	分娩状況	在胎期間		週(カ月)	
		分娩所要時間		時間 分 : 安産 ・ 難産	
		出血量		少量 ・ 中量 ・ 多量(ml)	
		異常の有無		なし・早産(週)・遅産(週)・陣痛微弱・早期破水・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開・骨盤位・その他()	
	児の状態	生下時状態	正常 ・ 仮死	出産した院名	
		身長	cm	体重	g
		頭囲	cm	胸囲	cm
	乳児期の状況	異常なし ・ 頭出血・哺乳力微弱・チアノーゼ・痙攣・高熱・股関節開排制限 啼泣力微弱 ・ 吐乳 ・ 黄疸(無し・普通・強)・光線療法(生後 日より 時間)			
	栄養方法	母乳()ヶ月まで 混合()ヶ月まで 人工()ヶ月まで	授乳回数/量 : ()時間毎・()cc・1日()回位		
			吐乳の有無 : (よくある ・ ときどきある ・ ない)		
		離乳始め()ヶ月	断乳()ヶ月		
発育状況	笑う()ヶ月	首がすわる()ヶ月	寝返り()ヶ月	玩具を握る()ヶ月	
	人見知り()ヶ月	お座り()ヶ月	はいはい()ヶ月	つかまり立ち()ヶ月	
	独り立ち()ヶ月	歩行()ヶ月	始語()ヶ月	生歯()ヶ月	
発育暦	食事	好きなもの()		嫌いなもの()	
		量(多い ・ 普通 ・ 少ない)		かかる時間()分程度	
		方法(手づかみ ・ 箸 ・ スプーン)			
	排泄	大便(ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)			オムツ使用の場合 (紙おむつ・布オムツ)
		小便(ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)			
	睡眠	夜尿(する ・ ときどきする ・ しない)		添寝(する ・ しない)	
就寝()時		起床()時	昼寝(する[: ~ :] ・ しない)		
着脱	寝つき(良い ・ 悪い) 目覚め(良い ・ 悪い)				
清潔	ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない				
	手洗い (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)				
	洗顔 (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)				
	歯みがき (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)				
うがい (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)					

児童票

発育歴	言葉	明瞭 ・ 不明瞭 ・ その他	
	遊び	友達と遊ぶ ・ 一人で遊ぶ ・ 大人と遊ぶ	好きな遊び()
	既往症	麻疹(歳) 風疹(歳) 水痘(歳) 中耳炎(歳) 百日咳(歳) 肺炎(歳) 脱臼(歳) 流行性耳下腺炎(歳) _____(歳) _____(歳)	
	病癢及び体質	ひきつけ ・ 鼻血 ・ 喘息 ・ 心臓疾患 ・ 便秘 ・ 下痢症 ・ ヘルニア ・ 風邪を引きやすい ・ 脱臼(部位:) アレルギー疾患()	
		その他注意を要する事項	
	保育歴	家庭での保育 ・ ベビーシッター ・ 保育所 ・ その他()	
その他	お子様のことで不安なことや、保育所に希望することがあれば記入してください。		

予防接種

定期 予防 接種	Hib (インフルエンザ菌 B型)	(1)	年 月 日	肺炎球菌 (13価結合型)	(1)	年 月 日	
		(2)	年 月 日		(2)	年 月 日	
		(3)	年 月 日		(3)	年 月 日	
		(4)	年 月 日		(4)	年 月 日	
	B型肝炎	(1)	年 月 日	DPT-IPV I期	(1)	年 月 日	
		(2)	年 月 日		(2)	年 月 日	
		(3)	年 月 日		(3)	年 月 日	
	BCG	(1)	年 月 日	麻疹・風疹 混合(MR)	(4)	年 月 日	
		陰性・陽性 年 月 日			(1)	年 月 日	
	日本脳炎	(1)	年 月 日	水痘	(2)	年 月 日	
		(2)	年 月 日		(1)	年 月 日	
		(3)	年 月 日				
		(4)	年 月 日				
	そ の 他 必 要 に 応 じ て	注射名	接種日		注射名	接種日	
			年 月 日			年 月 日	
			年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日		
		年 月 日			年 月 日		
		年 月 日			年 月 日		