

(表)

芳賀町病後児保育利用児童票

登録番号

年 月 日記入

ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)	血液型	
ふりがな 保護者氏名	住 所 電話番号					
通園施設名	電話番号		かかりつけ 医療機関名	電話番号		
家 族 構 成	氏 名	続 柄	勤 務 先		電 話 番 号	
妊娠中の状態	異常なし・あり ()					
分娩時の状態	異常なし・あり ()					
出生時の記録	身長(cm) 体重(g) (在胎週数 週)					
栄養の様子	哺乳方法：母乳・混合・人工 離乳開始： か月					
出生時の状態	異常なし・あり ()					
発 達 の 様 子	首の座り	か月	寝返り	か月	ひとり座り	か月
	はいはい	か月	つたい歩き	か月	歩き始め	か月
	発語	か月	二語文	か月		
予 防 接 種	インフル エンザ菌 b型 (H i b)	1回	ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ (四種混合)	1回	日本脳炎	1回
		2回		2回		2回
		3回		3回		追加
		追加				
	小児 肺炎球菌	1回	B C G	追加	ロタウイルス	
		2回				
		3回	麻 疹 風 疹 (MR)	1期	おたふくかぜ	
		追加		2期		
	B 型 肝 炎	1回	水 痘	1回	その他	
		2回		2回		
		3回				

(裏)

既往歴	病名	麻疹	風疹	水痘	おたふくかぜ
	年月日				
	熱性けいれん	これまで(回) 初回(歳 か月) 最後(歳 か月)			
	その他				
現在の治療	傷病名 経過			内服薬	
平熱					
起こしやすい病気等	鼻出血・風邪・下痢・脱臼・じんましん・その他() その時の対応()				
食食用具	スプーン・フォーク・箸 / 哺乳ビン・マグマグ・ストロー・コップ				
偏食の状況	無・有()				
アレルギー	無・有(牛乳・卵・その他)				
アレルギー時の対応	対応方法() 内服薬・エピペン等 無・有()				
離乳食	1日(回) 朝・昼・夜 中期 ・ 後期 ・ 完了期				
睡眠	1日(時間) 午睡:する 1日(時間) ・ しない				
排泄	自分で排尿 できる ・ できない(オムツ・オマル・自分で伝えてできる)				
	自分で排便 できる ・ できない(オムツ・オマル・自分で伝えてできる)				
お子さんの愛称					
くせ・性格					
心配なこと又は配慮してほしいことがありましたら記入してください。					