

# 児童票・健康報告書（病児保育用）

記入日： 年 月 日（表）

フリガナ		性別	生年月日	年齢	血液型
児童氏名		男・女	年 月 日	才 ヶ月	
緊急連絡先	①氏名		TEL ( )		
	②氏名		TEL ( )		
出産歴（第 子）	出生時体重（ g）	平熱（ ℃）			
妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）				
出生時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） ※未熟児の場合：在胎（ 週・）				
発達の異常または心配	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）				
かかりつけ医院	病院名（		TEL【		

お子様の家庭での様子	食 事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食（一日 回）時間（ ・ ・ 頃） <input type="checkbox"/> ミルク（ 時間おき）ミルクの量（ ml） <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 食事の心配事 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレでできる（介助なし） <input type="checkbox"/> トイレでできる（要介助） <input type="checkbox"/> おむつ			
	お昼寝	<input type="checkbox"/> する（平均睡眠時間 時間） <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> しない			
	清潔	手、顔、歯など（ <input type="checkbox"/> 自分で洗える ・ <input type="checkbox"/> まだ洗えない ）			
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 一人で着られる ・ <input type="checkbox"/> 少し手伝えば着られる ・ <input type="checkbox"/> 着られない			
	言 葉	<input type="checkbox"/> 赤ちゃん言葉 <input type="checkbox"/> ちゃんと話せる <input type="checkbox"/> どもる <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	運 動	<input type="checkbox"/> ちゃんと歩ける <input type="checkbox"/> 歩けるがすぐ転ぶ <input type="checkbox"/> 伝い歩きができる <input type="checkbox"/> つかまり立ちができる <input type="checkbox"/> ハイハイができる <input type="checkbox"/> 一人で座れる <input type="checkbox"/> 寝返りがうてる <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	性 格	<input type="checkbox"/> 気が強い <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 甘えん坊 <input type="checkbox"/> 強情 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 素直 <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 内気 <input type="checkbox"/> 泣き虫 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
遊 び	遊び方（ <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹と ・ <input type="checkbox"/> 大人と遊ぶ ・ <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶ ） *好きな遊び（ ）				

保険証	<input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他の保険 [ ]	
	被保険者氏名 [ ]	
	記号 [ ]	番号 [ ]

保育で気をつけること

※お預かり前日までに全員が検印すること。

園長	看護師	担任保育士

予防接種		
予防接種	□ 4種混合 (破傷風・ポリオ) (百日咳・ジフテリア)	□未接種 □第1回 □第2回 □第3回 □追加
	□ 3種混合 (破傷風・ジフテリア・百日咳)	□未接種 □第1回 □第2回 □第3回 □追加
	BCG	□未接種 □第1回
	ポリオ (経口)	□未接種 □第1回 □第2回
	ポリオ (不活化)	□未接種 □第1回 □第2回 □第3回 □追加
	MR (麻疹・風疹)	□未接種 □第1期 □第2期
	水ぼうそう	□未接種 □第1回 □第2回
	おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)	□未接種 □第1回
	日本脳炎	□未接種 □第1回 □第2回 □第3回
	B型肝炎	□未接種 □第1回 □第2回 □追加
	肺炎球菌	□未接種 □第1回 □第2回 □第3回 □追加
	H i b (ヒブ)	□未接種 □第1回 □第2回 □第3回 □追加
その他予防接種 (ロタウイルス・インフルエンザ等)		

これまでの病気		
既往歴	麻疹	□なし □あり ( いつ頃? )
	風疹	□なし □あり ( いつ頃? )
	水ぼうそう	□なし □あり ( いつ頃? )
	おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)	□なし □あり ( いつ頃? )
	その他の感染症	□なし □あり ( いつ頃? 具体的に )
	熱性けいれん	□なし □あり ( 通院中? 具体的に )
	気管支喘息	□なし □あり ( 通院中? 具体的に )
	アトピー性皮膚炎	□なし □あり ( 通院中? 具体的に )
	中耳炎・扁桃腺炎	□なし □あり ( 通院中? 具体的に )
	アレルギー 食物・薬剤など	□なし □あり ※“あり”の場合、具体的にご記入下さい。 ( 通院中? 具体的に )
その他の病気・体質 ( てんかん等 )	□なし □あり ( 通院中? 具体的に )	
入院歴	□なし □あり ( 具体的に )	
常備薬	□なし □あり ( 具体的に )	
その他	□なし □あり ( 体質や癖、配慮してほしいこと )	

記入日 (裏) : ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日