

しんじゅくいるまこども園 病児病後見室 ひまわり 児童票

記入日 西暦 年 月 日

*内容に変更があった時は、利用時にその旨をお伝えください。(感染症・予防接種・電話番号等)

ふりがな お子さんの 氏名	男			生年月日	西暦	年	月	日
	女			年齢	歳	ヵ月		
自宅住所	〒			愛称 (呼び名)				
	TEL :			在園施設				
保護者等の 緊急連絡先	優先順位	ふりがな 氏名	続柄	携帯番号 または固定電話 (日中繋がる番号)	勤務先名称 勤務先電話番号			
	①				TEL :			
	②				TEL :			
	③				TEL :			
	④				TEL :			
※基本は①携帯⇒①勤務先⇒②携帯⇒②勤務先...の順で連絡いたしますが、ご要望等あればご記入ください(勤務先は後回し等)								
かかりつけ医療機関名称								
保険証	記号	番号	番号		保険者番号			
①(乳)②(子) 医療証	負担者番号				受給者番号			
出生・出産 時の状況	分娩経過	自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 ()						
	出生体重	g		妊娠週数	週 日			
予防接種の 状況	BCG	未 ・ 済		水ぼうそう	未 ・ 1 ・ 2			
	DPT-IPV (四種混合)	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4		おたふく	未 ・ 1 ・ 2			
	ヒブ	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4		肺炎球菌	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4			
	ロタ ウイルス	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3		B型肝炎	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3			
	*MR (風疹・はしか)	未 ・ 1 ・ 2		その他 (上記以外のもの)				
感染症歴	はしか	未 ・ 済		風疹	未 ・ 済			
	水ぼうそう	未 ・ 済		百日咳	未 ・ 済			
	おたふく	未 ・ 済		突発性発疹	未 ・ 済			
	その他 (上記以外)							

熱性けいれん	なし ・ あり(下記の記入をお願いします)				
	①	歳	カ月		
	②	歳	カ月		
	③	歳	カ月		
	*ダイアアップ なし ・ あり	使用について			
てんかん発作	なし・あり	既往の詳細			
喘息・ 喘息性気管支炎	なし・あり	治療薬	飲んでいる(薬)・発作時のみ(薬)・飲んでいない		
		吸入	毎日行っている ・ 発作時のみ ・ 行っていない		
アトピー性 皮膚炎	なし・あり	治療薬	塗り薬()・飲み薬()・なし		
アレルギーに ついて	食 物	なし・あり	食品名:		
			食品制限:		
	薬	なし・あり	薬品名:		
既往歴	疾患名		年齢	入院の有無	
	①		歳	カ月	なし・あり
	②		歳	カ月	なし・あり
	③		歳	カ月	なし・あり
お子さんの 様子	食 事	少ない・普 通・多 い		手づかみ・スプーン・おはし	
		食べさせる・半分くらい自分で食べる・自分で食べられる			
	排 尿	回/1日	出ることを 教えない・時々教える・教えてくれる		
	排 便	回/1日	出ることを 教えない・時々教える・教えてくれる		
	おむつ	全日おむつ ・ 全日パンツ ・ その他()			
	睡 眠	① 時～ 時くらい		② 時～ 時くらい	
		寝る時の癖			
好きな遊び おもちゃ					
伝達事項 (障害・体質・ くせ等)					

登録日 西暦 年 月 日