

病児保育室「とん ことり」児童票

(あて先)幸手市長

記入者署名

登録番号 -

年 月 日 記入

※この児童票の写しを病児保育室へ送ることに同意します。

ふりがな 氏名		男 女	生年月日	年 月 日生	
			____歳____カ月		
保 護 者	父・氏名		お子さんの愛称		
	母・氏名				
自宅住所 (〒 -)					
自宅電話 - -					
緊 急 連 絡 先	父	電話 - - (内線)	勤務先名・部署		
		携帯電話 - -			
	母	電話 - - (内線)	勤務先名・部署		
		携帯電話 - -			
保育施設等名			電話 - -		
かかりつけ医			電話 - -		
感 染 症 歴 等	麻しん(はしか): 歳 カ月		水ぼうそう : 歳 カ月		
	百日咳 : 歳 カ月		おたふくかぜ : 歳 カ月		
	風疹 : 歳 カ月		突発性発疹 : 歳 カ月		
	熱性けいれんの有無 (ある・ない)		その他のけいれんの有無 (ある・ない)		
	B型肝炎 : 歳 カ月 (キャリアー・キャリアーでない)				
	今までに大きな病気になったことがありますか (はい・いいえ) 具体的に:				
	アレルギーの有無 (有・無) 具体的に:				
	熱性けいれん止めを使用している (はい・いいえ) ℃以上で使用 使用しているお薬の名前:				
予 防 接 種	Hib	四種混合もしくは三種混合	日本脳炎	不活化ポリオ	ロタウイルス
	1回(. . .)	1期 1回(. . .)	1期 1回(. . .)	1回(. . .)	1回(. . .)
	2回(. . .)	2回(. . .)	2回(. . .)	2回(. . .)	2回(. . .)
	3回(. . .)	3回(. . .)	追加(. . .)	3回(. . .)	3回(. . .)
追加(. . .)	追加(. . .)	水痘	追加(. . .)		
肺炎球菌	BCG	1回(. . .)	(生)ポリオ	B型肝炎	
1回(. . .)	(. . .)	2回(. . .)	1回(. . .)	1回(. . .)	
2回(. . .)	MR(麻しん・風しん)	おたふくかぜ	2回(. . .)	2回(. . .)	
3回(. . .)	1期(. . .)	(. . .)		3回(. . .)	
追加(. . .)	2期(. . .)				
発 達	※1歳半までの方は記入してください				
	出生時:体重 ()g 在胎 ()週		栄養法 (母乳・人工・混合)		
首のすわり ()カ月		おすわり ()カ月		一人歩き ()カ月	