

病児保育室「とんことり」児童票

杉戸町長 あて

登録番号 -

記入者署名 _____

年 月 日 記入

※この児童票の写しを病児及び病後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	麻疹(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
	1回(. . .)	1期 1回(. . .)	1期 1回(. . .)	1回 (. . .)
	2回(. . .)	2回(. . .)	2回(. . .)	2回 (. . .)
	3回(. . .)	3回(. . .)	追加(. . .)	3回 (. . .)
追加(. . .)	追加(. . .)	水痘	追加(. . .)	
肺炎球菌	BCG	1回(. . .)	(生)ポリオ	
1回(. . .)	(. . .)	2回(. . .)	1回 (. . .)	
2回(. . .)	MR(麻疹・風しん)	おたふくかぜ	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	