

品川区病児保育児童票

登録番号	
------	--

申請者名

登録児童	児童氏名		愛称	性別	生年月日	
				男女	年 月 日 (歳 ヶ月)	
	自宅住所	(〒 -)			自宅電話:	
	通園施設名	() 保育園・幼稚園				
	入園日	年 月 日 入園			連絡先:	
	かかりつけ医	連絡先:				

家族構成(同居)	氏名	続柄	年齢	緊急連絡先 ※必ず繋がる連絡先をご記入ください。	
				①保護者続柄 ()	勤務先名: 連絡先
					携帯電話:
				②保護者続柄 ()	勤務先名: 連絡先:
					携帯電話:
				③その他 ()	氏名:
				携帯電話:	

周産期	① 妊娠中の児の状態	※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。				
	② 妊娠中の母の状態	※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。				
	③ 出生体重	g		④ 在胎週数	週	日
	⑤ 出産時の児の状態	※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。				

乳児期の発達	① 頸のすわり	ヶ月	② おすわり	ヶ月	③ つかまり歩き	ヶ月	④ 一人歩き	ヶ月	
	⑤ 乳児期の栄養	母乳栄養・人工栄養・混合栄養				⑥ 離乳食開始時期	ヶ月		
	⑦ 離乳食	前期	ヶ月～	中期	ヶ月～	後期	ヶ月～		
	⑧ 現在の食事内容						⑨ あやされると笑う	歳	ヶ月
	⑩ 初語	歳	ヶ月	⑪ 人見知り	歳	ヶ月	⑫ 母親の後追い	歳	ヶ月

予防接種	① BCG	年	月	② MR	1	年	月	2	年	月				
	③ 水痘	1	年	月	2	年	月	④ おたふくかぜ	1	年	月	2	年	月
	⑤ Hib(ヒブ)	I-1	年	月	I-2	年	月	I-3	年	月	追加	年	月	
	⑥ 四種混合	I-1	年	月	I-2	年	月	I-3	年	月	追加	年	月	
	⑦ 肺炎球菌	I-1	年	月	I-2	年	月	I-3	年	月	追加	年	月	
	⑧ 口タ	1	年	月	2	年	月	3	年	月				
	⑨ B型肝炎	1	年	月	2	年	月	3	年	月				
	⑩ 日本脳炎	I-1	年	月	I-2	年	月	追加	年	月	II	年	月	
	⑪ その他の接種	() ・ () ・ () ・ ()												

感染症歴	① 麻疹	歳 ヶ月	② 風疹	歳 ヶ月	
	③ 水痘	歳 ヶ月	④ おたふくかぜ	歳 ヶ月	
	⑤ マイコプラズマ肺炎	歳 ヶ月	⑥ 突発性発疹	歳 ヶ月	
	⑦ 溶連菌感染症	歳 ヶ月	⑧ RSウイルス感染症	歳 ヶ月	
	⑨ アデノウイルス感染症	歳 ヶ月	⑩ ヒトメタニューモ感染症	歳 ヶ月	
	⑪ その他（具体的に）				
これまでにかかった病気	① 熱性痙攣	(初回) 歳 ヶ月 (最後) 歳 ヶ月	(計)	回	
	② 急性中耳炎	無・有 (直近: 年 月)	(計)	回	
	③ 肺炎	無・有 (直近: 年 月)	(計)	回	
	④ 喘息 喘息性気管支炎	無・有	毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時のみ(薬品名)		
			毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名)		
	⑤ 食物アレルギー	無・有 (治療: 内服薬・食事療法)	原因食物 ()		
			食事療法 ()		
	⑥ アトピー性皮膚炎	無・有 (治療: 内服薬・外用薬)	内服薬品名 ()		
外用薬品名 ()					
⑦ その他の病気	(具体的に)				
⑧ 入院したこと	無・有	病名:	歳 ヶ月		
		病名:	歳 ヶ月		
常用薬	喘息・アトピー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。				
	1	4			
	2	5			
	3	6			
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にご記入ください。				
	(診断医療機関名)				
性格					
その他	体質(薬物アレルギー、じんましん等)や、くせなどの心配事・保育時に配慮してほしいことについて、具体的にご記入ください。				