病児（病後児）預かり児童票

登録番号（　　）

ふりがな 氏　名		性別	男・女	登録日	令和　　年　　月　　日
				生年月日	平成・令和　　年　　月　　日 生

緊急連絡先	父	氏　名		勤務先	
		TEL		TEL	
	母	氏　名		勤務先	
		TEL		TEL	
		氏　名		勤務先	
		TEL		TEL	

乳児期の発達

〇首の座り＿＿＿ヶ月頃　〇おすわり＿＿＿ヶ月　〇ひとり歩き＿＿＿ヶ月
〇栄養法　（母乳・人工・混合）
〇離乳食開始時期　・前期＿＿＿ヶ月頃　・中期＿＿＿ヶ月頃　・幼児食＿＿＿ヶ月頃
〇人見知り＿＿＿ヶ月頃　〇後追い＿＿＿ヶ月頃　〇発語（意味のある言葉）＿＿＿ヶ月頃

予防接種歴

ヒ　ブ	1回	平成　年　月　日	三種混合 四種混合	1回	平成　年　月　日（三種・四種）
	2回	年　月　日		2回	年　月　日（三種・四種）
	3回	年　月　日		3回	年　月　日（三種・四種）
	4回	年　月　日		追加	年　月　日（三種・四種）
小児用肺炎球菌	1回	平成　年　月　日	不活化ポリオ	1回	平成　年　月　日
	2回	年　月　日		2回	年　月　日
	3回	年　月　日		3回	年　月　日
	4回	年　月　日		追加	年　月　日
日本脳炎	1回	平成　年　月　日	ＭＲ（麻疹・風疹）	1回	平成　年　月　日
	2回	年　月　日		2回	年　月　日
	追加	年　月　日	ＢＣＧ		平成　年　月　日
ロタウイルスワクチン	1回	平成　年　月　日	水　痘		平成　年　月　日
	2回	年　月　日	おたふく		平成　年　月　日
	3回	年　月　日	Ｂ型肝炎		平成　年　月　日

※上記以外で受けたことのある予防接種→
※接種日は、母子手帳で確認してください。

病歴及び感染症

〇おたふく（耳下腺炎・ムンプス）　＿＿＿歳＿＿＿ヶ月
〇水痘（みずぼうそう）　＿＿＿歳＿＿＿ヶ月
〇はしか（麻疹）　＿＿＿歳＿＿＿ヶ月
〇風疹　＿＿＿歳＿＿＿ヶ月
〇突発性発疹　＿＿＿歳＿＿＿ヶ月
〇喘息　（ 有 ・ 無 ）
〇アトピー性皮膚炎　（ 有 ・ 無 ）―治療法（内服薬・食事療法・その他）
〇アレルギー　（ 有 ・ 無 ）[種類:　　]
〇常時内服薬　（ 有 ・ 無 ）[内服薬名・時間　　]
〇肝炎のキャリアーである場合のみ記入　:＿＿＿型・ 病院受診（ 済 ・ 未 ）
〇入院歴　（ 有 ・ 無 ）　[病名及び時期:　　]
〇熱性痙攣　（ 有 ・ 無 ）　[初回＿歳＿ヶ月、これまでに＿回、最後は＿歳＿カ月]
※その他かかったことがある感染症→

食事

食事制限等の指示を主治医から受けている場合は、具体的に記入してください。また、アレルギー反応はあるが、その食品を食事やおやつとして食べられるか・食べられないかを記入ください。
（例：加工してあるものはよいが、食品そのものはダメ等）

備考

体質（アレルギーや癖など心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。）
※内容によっては、ご希望に添えないことがあります。

利用施設

利用を希望される可能性の高い順に数字を記入してください。（あくまで目安です。この通りに利用しなければならないものではありません。）

	キッズルーム		キッズケアホーム		病児・病後児ハウスひかり		ハグ・くむ