

(Excel入力用)

病児保育登録票

確認： 母 ・ 保 ・ ア

登録日： . .

登録No. _____

<太枠内をご記入ください>
※必要時記入

記入日 年 月 日

登録児童	ふりがな 《児童氏名》		ニックネーム 《愛称》		せいべつ 性別	《生年月日》		年 月 日	
						年齢		才 月 日	
	《自宅住所》 〒 _____				自宅TEL				
					携帯TEL				
	《通園施設名》				園TEL				
	《かかりつけ医》 ①				医師名		医師		
《かかりつけ医》 ②				医師名		医師			
緊急連絡先	① 《氏名》		続柄		※具体的続柄		年齢		
	電話		携帯		勤務先名		所属()		
	② 《氏名》		続柄		※具体的続柄		年齢		
	電話		職場		勤務先名		所属()		
上記以外の同居家族	氏 名		続柄		年齢		勤務先名(学校)等		
							備考		
e-mail									
送迎者	氏 名		続柄		年齢		電話		
							連絡先		
							職場名等		
予防接種 (接種状況)	《ヒブ》		《四種混合》 百日咳・破傷風・ポリオ・ジフテリア				《BCG》		
	《肺炎球菌》		《流行性耳下腺炎》				《水痘》		
	《ロタウイルス》		《MR》 はしか(麻疹)・風疹				《B型肝炎》		
	《日本脳炎》								
	《インフルエンザ》		昨年	※接種済の回数		回			
			今年(今期)	※接種済の年月日		1回目	年 月 日		
					2回目	年 月 日			

《児童氏名》

これまでの様子	妊娠中異常	有・無	※有の具体的状況						
	出生時体重	g	出産時期の状況		※早	日	※遅（在胎）	週	
	出産時異常	有・無	※有の具体的状況				栄養法		
	平熱	℃							
これまでの病気・感染症	熱性けいれん	有・無	※有の場合これまでの回数			回			
		初回けいれん	才	ヵ月	最終けいれん	才	ヵ月		
		医師の指示				座薬所持の有無	()		
	アレルギー	有・無	※有の場合アレルギー						
		※症状				※制限			
	喘息 及び 喘息様気管支炎	有・無	無	※有の具体的状況			※医師の指示		
	突発性発疹	才	ヵ月	ヘルパンギーナ	才	ヵ月	肺炎	才	ヵ月
	麻疹	才	ヵ月	流行性耳下腺炎	才	ヵ月	水痘	才	ヵ月
	風疹	才	ヵ月	手足口病	才	ヵ月	百日咳	才	ヵ月
	かかりやすい病気								
	病名	中耳炎	才	ヵ月	入院歴	無	※詳細		
	病名		才	ヵ月	入院歴		※詳細		
※病気や体調の事で気を付けてほしいことがあれば、具体的にお書きください。									
薬	常備薬	有・無	※有の具体的内容			<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> その他()			
	お薬の名前や使用のタイミングを具体的にお書きください。								
睡眠	平均睡眠時間	約	時間	お昼寝の有無	※有の場合		時	～	時頃
	寝る時の特徴 (添い寝、抱っこ等)								
食事	食べる方法	※具体的な介助方法			食欲				
	好きな食べもの				嫌いな食べもの				
排泄	パンツ・オムツの使用状況	排泄の自立状況等			※具体的な介助方法				
その他	好きなものやあそび（おもちゃ、本、歌など）								
	配慮してほしいことやお子様の特徴などあれば、具体的に記入してください。								