

世田谷区病児・病後児保育 **【児童票】** 年度の初回利用時にご提出ください

※お子様が安心安全に過ごせるよう、お子様の状況や日頃の様子などを、詳細にご記入ください。

※感染症・予防接種・電話番号など内容に変更のあった時は、利用時にその旨お伝えください。

フリガナ 児童氏名		男・女	生年月日	年	月	日生
愛称			年度内 初回利用日	年	月	日
住所	〒 _____ 自宅から病児・病後児保育室までの 所要時間 _____ 分					
電話番号		病児・病後児保育 登録番号	—			
保育施設名		普通の登園時間		時	分	
入園年月	年	月	普通の降園時間	時	分	
登園曜日に○	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土					
保護者	続柄	フリガナ 氏名		勤務先名		
		携帯用		勤務先用	内線 _____	
	フリガナ 氏名		勤務先から利用する病児・病後児 保育室までの所要時間	_____ 分		
		携帯用		勤務先名	内線 _____	
フリガナ 氏名		勤務先用	内線 _____			
	携帯用		勤務先から利用する病児・病後児 保育室までの所要時間	_____ 分		
家族構成	計 人 : 内訳 ( _____ )					
かかりつけ医 (病院名)	TEL _____					
出生・出産	自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 ( _____ )					
	出生時体重	g		妊娠週数	週 _____ 日	
発達	首のすわり	ヶ月	おすわり	ヶ月	つかまり立ち	ヶ月
	寝返り	ヶ月	はいはい	ヶ月	伝い歩き	ヶ月
平熱	_____ °C					
先天性の病気・ 既往症	病名			年齢		入院
	1			歳	ヶ月	無 ・ 有
	2			歳	ヶ月	無 ・ 有
	3			歳	ヶ月	無 ・ 有
	4			歳	ヶ月	無 ・ 有
	5			歳	ヶ月	無 ・ 有

今までにかかった 感染症	ほしか	未 ・ 済	百日咳	未 ・ 済
	ふうしん	未 ・ 済	B型肝炎	未 ・ 済
	みずぼうそう	未 ・ 済	その他	
	おたふく	未 ・ 済		

熱性けいれん	無 ・ 有	回数	回	初回	歳	ヶ月	最後	歳	ヶ月
その他のけいれん ( _____ )	無 ・ 有	回数	回	初回	歳	ヶ月	最後	歳	ヶ月

アレルギー	食物	無 ・ 有 ( _____ )							
	薬	無 ・ 有 (薬品名: _____ )							
	環境	無 ・ 有 (ダニ・ハウスダスト・動物 ( _____ ) その他 ( _____ ) )							

裏面にもご記入ください

予防接種	BCG	未・済	日本脳炎	未・1回・2回・追加
	みずぼうそう	未・1回・2回	おたふく	未・1回・2回
	四種混合 1期 (ジフテリア・百日咳 破傷風・ポリオ)	未・初回(1・2・3)・追加	Hib	未・1回・2回・3回・追加
	ロタウイルス	ロタリックス(1価) 未・1回・2回	肺炎球菌	未・1回・2回・3回・追加
		ロタテック(5価) 未・1回・2回・3回		
	MR (麻疹・風しん混合)	未・1期・2期	B型肝炎	未・1回・2回・3回
その他予防接種 (新型コロナワクチン接種等)				

常用薬	内服 ※おうちでの薬の飲み合わせ方 についてもご記入ください。	
	外用	
	坐薬	
	吸入	

※先天性の疾患・既往症に対応する処方薬等、普段から使用しているお薬があれば記入して下さい。

生活習慣	排便回数	回	便意	知らせる・知らせる時もある・知らせない
	排便サイン			
	排尿回数	回	尿意	知らせる・知らせる時もある・知らせない
	排尿サイン			
	衣服着脱			着替えさせる・手伝うと自分で出来る・自分で出来る
	昼寝		寝かせ方	一人寝・添い寝
	睡眠のくせ		規則的・不規則的 ( 時~ 時まで)	
	人見知り			しない・する・激しくする
	好きな遊び 好きなおもちゃ			
	保護者から見た性格			
その他配慮事項 (喘息等)				
食事	食事量			よく食べる・普通・食が細い
	食事方法			一人で食べる・一人で食べようとする・食べさせる
	食事道具			はし・スプーンとフォーク・手
	授乳内容	ミルク・母乳・混合	授乳時間	
	授乳量	ml	授乳回数	回/日
	離乳食開始時期	ヶ月~	離乳食回数	回/日
	離乳食内容			初期・中期・後期・大人と同じ
その他 (配慮事項等)				