

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<br>( 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 夕     | 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 月                | ② 風疹                       | 歳 月 |
|             | ③ 水痘  | 歳 月                | ④ おたふくかぜ                   | 歳 月 |
|             | ⑤ マイコプラズマ肺炎   | 歳 月                | ⑥ 突発性発疹                    | 歳 月 |
|             | ⑦ 溶連菌感染症  | 歳 月                | ⑧ RSウイルス感染症                | 歳 月 |
|             | ⑨ アデノウイルス感染症  | 歳 月                | ⑩ ヒトメタニューモ感染症              | 歳 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 月 (最後) 歳 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<br>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 月            | 歳 月                        |     |
|             |   | 病名: 歳 月            | 歳 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。 |                    |                            |     |