

みどりわかば保育園内病児・病後児保育事業調査票（登録票）

平成 年 月 日

記入者名（保護者） _____

児童氏名 <small>フリガナ</small>	男	愛称
	女	性格
生年月日	平成 年 月 日（ 歳 ヶ月）	
住所	〒	
緊急連絡先	① 氏名 (続柄) Tel	
	② 氏名 (続柄) Tel	
保育所等	名称	Tel
かかりつけ医	病院名	Tel
出生時の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（ ）	
発育・発達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや遅い <input type="checkbox"/> わからない	
往歴既	(かかったものに印)	
	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん
	<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
	<input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか）	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふく風邪） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 歳頃、病名： 医療機関名： ）	
定期的に飲んでる薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（疾患名： 薬の種類： 服役方法： ）	
予防接種	(受けたものに印)	
	<input type="checkbox"/> Hib（ヒブ）（1回、2回、3回、追加）	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（1回、2回、3回、初回追加）
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（1回、2回、3回、追加）	<input type="checkbox"/> 三種混合（1回、2回、3回、1期追加）
	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 麻疹、風疹（MR）（1期、2期）
	<input type="checkbox"/> 四種混合（1回、2回、3回、1期追加）	<input type="checkbox"/> 日本脳炎（1期初回、1期追加）
	<input type="checkbox"/> 水痘（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（食材等： ）アレルギー検査実施 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
食事	好きな食べ物：	嫌いな食べ物：
	内容 主食： <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> かゆ 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 離乳食： <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期	
排泄	オムツ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし トイレへの誘導方法：	
昼寝	約 時間/日 寝る時の癖など：	
好きな遊び		
その他	保育上の配慮や注意等の希望	