

(第1号様式)

新宿区病児・病後児保育児童票

記入日： 年 月 日

・内容に変更があったときは、利用時にその旨をお伝えください。(感染症・予防接種・電話番号等)

ふりがな お子さんの 氏名	生年月日 (年齢)		年 月 日 (歳 か月)			
	愛称					
自宅住所	(〒 -)		自宅電話番号			
			メールアドレス			
保育園名						
保護者	ふりがな 父・氏名			ふりがな 母・氏名		
	父・ 勤務先 名称			母・ 勤務先 名称		
	父・ 勤務先 住所			母・ 勤務先 住所		
	父・ 勤務先 電話			母・ 勤務先 電話		
父・携帯電話			母・携帯電話			
保護者以外の 緊急連絡先	ふりがな 氏名	電話番号		児童との 関係		
緊急連絡先 ()内に優先 順位を記入	父・勤務先 ()	母・勤務先 ()	父・携帯電話 ()	母・携帯電話 ()		
かかりつけ 医療機関	名称					
	住所			電話番号		
出生・出産時 の状況	分娩経過	自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 ()				
	出生体重	g	妊娠週数	週		
乳児期 の発達	首のすわり	か月	一人歩き	か月		
	おすわり	か月	初語(意味のある言葉)	か月		
予防接種 の状況	BCG	未 ・ 済	MR(風疹・はしか)	未 ・ 1回済 ・ 済		
	ポリオ	未 ・ 1回済 ・ 済	みずぼうそう	未 ・ 済		
	DPT(済んだものに○)	1期(1・2・3) ・ 追加	おたふく	未 ・ 済		
	その他(上記以外のもの)					
感染症歴	はしか	未 ・ 済	風疹	未 ・ 済		
	みずぼうそう	未 ・ 済	百日咳	未 ・ 済		
	おたふく	未 ・ 済	突発性発疹	未 ・ 済		
	その他(上記以外のもの)					

熱性けいれん	あり ・ なし		回数	回
	初回	歳 か月	最後	歳 か月
喘息、喘息様気管支炎	あり ・ なし	内服薬	飲んでいる ・ 発作時のみ ・ 飲んでいない	
		食事療法	行っている ・ 発作時のみ行っている ・ 行っていない	
アトピー性皮膚炎	あり ・ なし	使用している薬	塗り薬 ・ 飲み薬 ・ なし	
		食事療法	行っている ・ 行っていない	
既往歴		病名	年齢	入院の有無
	1			あり ・ なし
	2			あり ・ なし
	3			あり ・ なし
生活習慣	排便回数	回/日	便意	知らせる ・ 時々知らせる ・ 知らせない
	排便サイン			
	排尿回数	回/日	尿意	知らせる ・ 時々知らせる ・ 知らせない
	排尿サイン			
	衣服着脱	着替えさせる ・ 手伝うと自分でできる ・ 全て自分でできる		
	昼寝	未 ・ 済	寝かせ方	1人寝 ・ 添い寝
	睡眠のくせ			
	人見知り			
	好きな遊び			
	好きな玩具			
	その他配慮事項 (発達上気になる点など)			
	食事内容	食事量	よく食べる ・ 普通 ・ 食が細かい	
食事方法		1人で食べられる ・ 1人で食べようとする ・ 食べさせる		
食事道具		はし ・ スプーン、フォーク ・ 手		
アレルギーの状況	食物	あり(食品名:) ・ なし		
		食事制限の程度()		
	薬	あり(薬品名:) ・ なし		