

病児保育室 ウエルキッズ 病児・病後児保育児童票

記入日：令和 年 月 日

※内容に変更があった時は、利用時にその旨をお伝えください（感染症・予防接種・既往歴・電話番号など）

ふりがな			生年月日	年 月 日
お子さんの氏名			年齢	歳 か月
自宅の住所			愛称	
			自宅電話番号	
保護者氏名			メールアドレス	続柄()
緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先・勤務先	電話番号
	①			
	②			
	③			
	④			
かかりつけ 医療機関	名 称： 電話番号：			
出生時の状況	出生体重	g	出生時の異常：□なし □あり ()	
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	意味のある発語 か月
予防接種	☐ B C G（結核） ☐ Hib ☐ 肺炎球菌 ☐ B型肝炎 ☐ 四種混合（ジフテリア・百日ぜき・破傷風・ポリオ） ☐ おたふく ☐ MR（麻疹・風疹） ☐ 日本脳炎 ☐ ロタウイルス ☐ 水痘 ☐ インフルエンザ			
感染症	☐ はしか ☐ 風疹 ☐ みずぼうそう ☐ 百日咳 ☐ おたふく ☐ 突発性発疹 ☐ その他（上記以外）			
既往歴	病名	年齢	入院の有無	
	①	歳 か月	□ なし □ あり	
	②	歳 か月	□ なし □ あり	
	③	歳 か月	□ なし □ あり	

熱性けいれん	☐ なし ☐ あり		回数	回		
	初回	歳 か月	最後	歳 か月		
喘息 喘息様気管支炎	☐ なし ☐ あり	内服薬	☐ 飲んでる ☐ 発作時のみ ☐ 飲んでいない			
		吸入	☐ 常時使用 ☐ 発作時のみ ☐ 使用なし			
アトピー性 皮膚炎	☐ なし ☐ あり	内服薬	☐ なし ☐ あり（ ）			
		塗り薬	☐ なし ☐ あり（ ）			
蕁麻疹	☐ なし ☐ あり	原因		最終	年 月 日	
		薬	☐ なし ☐ あり（ ）			

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		
	便意の知らせ方					
	排尿回数	回／日	尿意	□知らせる □時々知らせる □知らせない		
	尿意の知らせ方					
	衣服着脱	□着替えさせる □手伝うと自分で出来る □全て自分で出来る				
	昼寝	□する □しない		寝かせ方	□一人寝 □添い寝	
	睡眠のくせ					
	人見知り	□する □しない				
	好きな遊び					
	好きな玩具					
	その他 配慮してほしい事					
食事内容	食事量	□よく食べる □普通 □食が細い				
	食事方法	□一人で食べれる □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・フォーク □手				
アレルギーの状況	食事	□なし □あり（食品名 ）				
		食事制限の程度（ ）				
	薬	□なし □あり（薬品名 ）				

病児室記入欄 提出書類確認（コピーする）

☐ 母子手帳（予防接種）	☐ 保険証	☐ 受給者証
-------------------------------------	------------------------------	-------------------------------