

病後児保育室ラポール 児童票

【秘】

20 年 月 日 記入

ふりがな 氏名 (男・女)	お子さんの愛称	生年月日 西暦 年 月 日 才 ヶ月
保護者1・氏名 (才)		職業
保護者2・氏名 (才)		職業
住所 (〒)		電話
兄弟姉妹	才(男・女)	才(男・女)
緊急連絡先	保護者1 携帯 勤務先名	電話
	保護者2 携帯 勤務先名	電話
	その他(祖父母)	電話
学校/園名		電話
かかりつけ医		電話
妊娠・出産	出生時の異常 なし・あり ()	
	出生時体重 g	週数 週
予防接種	B型肝炎 (1回・2回・3回)	ロタウイルス
	Hib(ヒブ) (1回・2回・3回・I期追加)	〔ロタリックス (1回・2回)
	小児肺炎球菌 (1回・2回・3回・I期追加)	〔ロタテック (1回・2回・3回)
	四種混合 (1回・2回・3回・I期追加)	おたふくかぜ (1回・2回)
	BCG	日本脳炎 (1回・2回・I期追加)
	MR(麻疹・風疹) (I期・II期)	その他()
	水ぼうそう (1回・2回)	
感染症歴	麻疹(はしか) 才	水ぼうそう 才
	百日咳 才	おたふくかぜ 才
病歴	熱性けいれん なし・あり 回数(回) 最後 (才)	
	喘息 なし・あり (才~ 才) 薬 なし・あり ()	
	喘息様気管支炎 なし・あり (才~ 才) 薬 なし・あり ()	
	アトピー性皮膚炎 なし・あり (才~ 才) 薬 なし・あり ()	
	その他 ()	
入院したこと なし・あり (病名 才)		
食事	食物アレルギー なし・あり ()	
	気をつけていることがありましたら、具体的にお書きください	
体質(薬物アレルギーなど)や心配なこと、配慮してほしいことがありましたらお書きください		