

目黒区病後児保育児童票

記入者氏名

登録番号

年 月 日記入

ふりがな 児童氏名	男 女	生年月日 (年齢)	年 (歳)	月 (か月)	日生	お子様の愛称		
住所	(〒 -)				保育園名			
					電話			
電話番号					入園年月	年	月 日	
育休期間	※育児休業期間中のご利用は 助成対象外 となります。				年	月	日～ 年 月 日	
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		
		住所				住所		
		電話				電話		
	父・携帯電話				母・携帯電話			
家族構成	合計		人：内訳 (
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 ()内優先順位	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			電話番号				
出生・出産時の 状況	妊娠中の異常	なし ・ あり (
	出産時の異常	なし ・ あり (
	出生時体重	g		妊娠週数	週	日		
発達	首のすわり	か月	おすわり	か月	一人歩き	か月		
	人見知り	か月	後追い	か月	初語 (意味のある言葉)	か月		
予防 接種	※これまでに受けた予防接種の回数に○をつけてください。							
	インフルエンザ菌b型 (H i b)		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加					
	小児用肺炎球菌		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加					
	四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)		初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加					
	日本脳炎		1期 (1回目 ・ 2回目 ・ 追加)					
	BCG		未 ・ 済	B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目			
	MR (麻しん・風しん)		1期 ・ 2期	ロタウイルス	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目			
	水痘 (水ぼうそう)		1回目 ・ 2回目	おたふくかぜ	1回目 ・ 2回目			
その他		()						
アレルギー	食物	なし ・ あり (食品名：)						
		食事制限の程度 (
	薬	なし ・ あり (薬品名：)						
	環境	なし ・ あり (ダニ・ハウスダスト・動物		・ その他				

感染症歴	はしか	未 ・ 済	突発性発疹	未 ・ 済
	風しん	未 ・ 済	RSウィルス	未 ・ 済
	水ぼうそう	未 ・ 済	B型肝炎	未 ・ 済
	おたふく	未 ・ 済	その他()	未 ・ 済

熱性けいれん	あり ・ なし		回数	回
	初回	歳 月	最後	歳 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	
		使用している薬品名		

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	
		使用している薬品名		

これまでの病気 (先天性を含む)	診断名		年齢	歳 月	入院	あり ・ なし
	診断名		年齢	歳 月	入院	あり ・ なし
	診断名		年齢	歳 月	入院	あり ・ なし

常用薬	具体的に(薬品名、使用時間、飲ませ方など)お書きください。				
-----	-------------------------------	--	--	--	--

食事	食事量	よく食べる ・ 普通 ・ 食が細い			
	食事方法	一人で食べる ・ 一人で食べようとする ・ 食べさせる			
	食事道具	はし ・ スプーンとフォーク ・ 手			
	授乳内容	ミルク ・ 母乳 ・ 混合	授乳時間	時間おき	
	授乳量	ml	授乳回数	回/日	
	離乳食開始時期	月	離乳食回数	回/日	
	離乳食内容	初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 大人と同じ			

水分	よく飲む ・ 普通 ・ あまり飲まない	好きな飲み物	
----	---------------------	--------	--

生活習慣	排便回数	回/日	便意	知らせる ・ 知らせるときもある ・ 知らせない	
	排便サイン				
	排尿回数	回/日	尿意	知らせる ・ 知らせるときもある ・ 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 ・ 自分でできる			
	昼寝	時頃から	時間	寝かせ方	1人寝 ・ 添い寝
	睡眠のくせ				
	人見知り	しない ・ する ・ 激しくする			
	好きな遊び玩具				
	保護者から見た性格				
その他配慮事項					

確認事項	<p>子どもの容態が急激に悪化した場合などの緊急時には、保護者の同意を得て医療機関での受診、治療又は処置(与薬依頼のある方は薬の変更を含む)を行うことがあります。また、保護者の同意が取れない場合でもこれを行うことがあります。上記の事項に同意の上、病後児保育を申し込みます。</p>			
	年 月 日 氏名: _____			