

# 江東区病後児保育事業児童票

登録番号 \_\_\_\_\_

\* 初回利用時にご記入ください。

\* 内容に変化の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)

フリガナ 登録児童氏名	愛称・ニックネーム		生年月日	年	月	日		
			自宅電話番号					
住所			入所 保育施設名					
保護者の 緊急連絡先	保護者氏名(フリガナ)		続柄	保護者氏名(フリガナ)		続柄		
	勤務先	名称			勤務先	名称		
		住所				住所		
		電話番号				電話番号		
携帯電話番号								
保護者以外 の緊急 連絡先	フリガナ			児童との関係				
	氏名			電話番号				
緊急連絡先優先順位 ※ ( )内に優先順位 1~5を記入して下さい	父勤務先		母勤務先	父携帯	母携帯	保護者以外		
	( )		( )	( )	( )	( )		
かかりつけ 医療機関	名称			電話番号				
	住所							
出生・出産時 の状況	分娩経過		自然分娩	帝王切開	その他( )			
	出生時体重	g		妊娠週数	週	日		
発達の状況	首のすわり	ヶ月		つかまり立ち	歳	ヶ月		
	寝返り	ヶ月		伝い歩き	歳	ヶ月		
	おすわり	ヶ月		一人歩き	歳	ヶ月		
	はいはい	ヶ月		初語(意味のある言葉)	歳	ヶ月		
予防接種 の状況	ツベルクリン反応	-	±	+	ふうしん	未	済	
	BCG	未	済		みずぼうそう	未	済	
	ポリオ	未	1回済	済	おたふく	未	済	
	DPT(済んだ物に○)	1期(1・2・3)・追加		風疹・はしか混合	未	1回済	済	
	日本脳炎	未	1回済	済	その他			
	はしか	未	済		その他			
感染症歴	はしか	未	済	ふうしん	未	済		
	みずぼうそう	未	済	百日咳	未	済		
	その他							

\* 裏面も忘れずにご記入ください

熱性けいれんの状況	有 ・ 無		回数		回
	初回	歳 月	最後		歳 月
喘息、喘息様気管支炎	有 ・ 無	内服薬		飲んでいる ・ 発作時のみ ・ 飲んでいない	
		吸入療法		している ・ 発作時のみ ・ していない	
アトピー性皮膚炎の状況	有 ・ 無	使用している薬		塗り薬 ・ のみ薬 ・ 無	
		食事療法		実施していない ・ 実施している	
既往症	病名		年齢		入院の有無
	1				有 ・ 無
	2				有 ・ 無
	3				有 ・ 無
常備薬	内服				
	外用				
	坐薬				
	吸入				
生活習慣	排便回数	回	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	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	時間	寝かせ方	1人寝 ・ 添い寝	
	睡眠のくせ				
	人見知り				
	好きな遊び				
	好きなおもちゃ				
	保護者から見た性格				
	その他配慮事項がありましたらご記入ください				
現在の食事内容	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 ・ スプーンとフォーク ・ 手			
	授乳内容	ミルク ・ 母乳 ・ 混合	授乳時間	分	
	授乳量	ml	授乳回数	回/日	
	離乳食開始時期	ヶ月～	離乳食回数	回/日	
	離乳食内容	初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 大人と同じ			
アレルギーの状況	食物	有 (食品名 ) ・ 無 ( )			
		食事制限の程度 ( )			
	薬	有 (薬品名 ) ・ 無 ( )			
	環境	有 (ダニ ・ ハウスダスト ・ 動物 ・ その他 ) ・ 無 ( )			