

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 月 日生 (歳 か月)	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			母・勤務先	住所		
		電話			母・勤務先	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(Hib)	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: _____						