

病児保育児童票

(28年6月1日改正)

登録番号

平成 年 月 日記入

記入者名

ふりがな		男	生年月日	平成	年	月	日
氏名		女	歳 ヶ月				
保護者	父・氏名		(歳)	お子さまの愛称			
	母・氏名		(歳)				
	自宅住所(〒)						
	自宅電話			連絡先(1~5)の順番:			
兄弟姉妹		歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)			
職業	父		母				
緊急連絡先	父	1 勤務先名		電話			
		2 携帯電話		電話			
	母	3 勤務先名		電話			
		4 携帯電話		電話			
	その他	5 名前		電話・携帯電話			
保育所・幼稚園名		電話					
入園日・就職日		入園日		年	月	日	入園 (保護者の就・復職日: 年 月 日)
家庭(かかりつけ)医名		電話					
周産期	妊娠中の異常 (なし・あり)						
	出生体重		g	在胎		週	日
	出産時の異常 (なし・あり)						
乳児期の発達	頸のすわり:		ヶ月	おすわり:		ヶ月	一人歩き: ヶ月
	栄養法 (母乳・人工・混合)						
	離乳食開始時期 (前期: ヶ月 中期: ヶ月 後期: ヶ月 幼児食: 歳 ヶ月)						
	人見知り:		ヶ月	母親の後追い: 歳 ヶ月			
	初語(意味のある言葉): 歳 ヶ月						
予防接種	BCG: 年 月 ポリオ:1回: 年 月 ・2回: 年 月						
	三種混合:1回: 年 月 2回: 年 月 3回: 年 月 追加(最終接種 年 月)						
	不活化ポリオ(単独):1回: 年 月 2回: 年 月 3回: 年 月						
	追加(最終接種 年 月)						
	四種混合:1回: 年 月 2回: 年 月 3回: 年 月 追加(最終接種 年 月)						
	小児用肺炎球菌:1回: 年 月 2回: 年 月 3回: 年 月 4回(最終接種 年 月)						
	Hib:1回: 年 月 2回: 年 月 3回: 年 月 4回(最終接種 年 月)						
	B型肝炎:1回: 年 月 2回: 年 月 3回(最終接種 年 月)						
	MR:1回: 年 月 2回: 年 月 水痘:1回: 年 月 2回: 年 月(最終接種 年 月)						
	おたふく: 年 月 日本脳炎:1回: 年 月 2回: 年 月 追加(最終接種 年 月)						
その他:		インフルエンザ: 年 月					

