

病児保育室 ウエルキッズ 病児・病後児保育児童票

記入日：令和 年 月 日

※内容に変更があった時は、利用時にその旨をお伝えください（感染症・予防接種・既往歴・電話番号など）

ふりがな		生年月日		年	月	日
お子さんの氏名		年齢		歳	か	月
		性別		男	・	女
自宅の住所		愛称				
		平熱		.	°C	
緊急連絡先	氏名（ふりがな）	続柄	連絡先・勤務先	電話番号		
	①					
	②					
	③					
出生時の状況	出生体重	g	出生時の異常： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
乳児期の発達 <small>（小学生は記入不要）</small>	首のすわり	か	月	一人歩き	か	月
	おすわり	か	月	初語	意味のある発語	か
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG（結核） <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 四種混合（ジフテリア・百日ぜき・破傷風・ポリオ） <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> MR（麻疹・風疹） <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> インフルエンザ					
感染症	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> その他（上記以外）					
既往歴	病名		年齢		入院の有無	
	①		歳	か	月	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	②		歳	か	月	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	③		歳	か	月	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		回数	回	
	初回	歳 月	最後	歳 月	
喘息 喘息様気管支炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	内服薬	<input type="checkbox"/> 飲んでる <input type="checkbox"/> 発作時のみ <input type="checkbox"/> 飲んでいない		
		吸入	<input type="checkbox"/> 常時使用 <input type="checkbox"/> 発作時のみ <input type="checkbox"/> 使用なし		
アトピー性 皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
		塗り薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
蕁麻疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	原因		最終	年 月 日
		薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		

生活習慣	排便回数	回/日	便意	<input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 時々知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない	
	便意の 知らせ方				
	排尿回数	回/日	尿意	<input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 時々知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない	
	尿意の 知らせ方				
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 着替えさせる <input type="checkbox"/> 手伝うと自分で出来る		<input type="checkbox"/> 全て自分で出来る	
	昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	寝かせ方	<input type="checkbox"/> 一人寝 <input type="checkbox"/> 添い寝	
	睡眠のくせ				
	人見知り	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない			
	好きな遊び				
	好きな玩具				
		その他 配慮してほしい事			
食事内容	食事量	<input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 食が細かい	
	食事方法	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 一人で食べようとする		<input type="checkbox"/> 食べさせる	
	食事道具	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク		<input type="checkbox"/> 手	
アレルギーの状況	食事	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食品名)			
		食事制限の程度 ()			
	薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名)			

病児室記入欄 提出書類確認 (コピーする)

<input type="checkbox"/> 母子手帳 (予防接種)	<input type="checkbox"/> 受給者証又は保険証
--------------------------------------	------------------------------------