

富山市まちなか総合ケアセンター 病児保育利用児個人票

記入年月日 年 月 日

記入者名 _____
(保護者)

ふりがな 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日	愛称	
住所				電話番号	
食事	○食事に関する様子を具体的にお書きください。 例) 野菜が苦手・白ご飯しか食べない等				
排泄	○排泄に関する様子を具体的にお書きください。 例) おしっこを我慢しがち・うんちはオムツでする・回数が多い等				
午睡	○午睡について寝つく時の様子を具体的にお書きください。 例) タオルを持って・抱っこで・うつぶせ寝が好き等				
遊び	○どんな遊びが好きですか。具体的にお書きください。 例) ブロックが好き・おままごとが好き等				
言葉	○現在の言葉の様子をお書きください。 例) ワンワンやマンマ等の単語を話す・マンマちょうだいと文章を話す等				
その他	○その他（他児との関わり含め）、配慮して欲しいことがあれば、具体的にお書きください。 例) 大きな音が苦手・一人遊びを好む・落ち着きがない等 ※通常保育で配慮が必要な場合、病児保育室で十分な保育が出来ない場合がありますので、日頃の様子を出来るだけ詳しくお書きください。				

家族状況	○家族構成について記入をお願いします。			
	氏名	年齢	続柄	勤務先等（電話）
				電話
				電話
	兄弟姉妹その他同居者氏名	続柄()	続柄()	続柄()
	続柄()	続柄()	続柄()	
予防接種	○予防接種の接種状況をお知らせください。該当の項目を○で囲んでください。			
	BCG	未・1	日本脳炎	未・1・2・3
	小児用肺炎球菌	未・1・2・3・4	ロタウイルス	未・1・2・3
	ヒブ	未・1・2・3・4	おたふくかぜ	未・1・2
	麻疹・風疹	未・1・2	B型肝炎	未・1・2・3
	水ぼうそう	未・1・2	その他予防接種	
四種混合(DPT-IPV)	未・1・2・3・4			
既往歴	○今までにかかった病気の番号及び〔 〕内の事項について該当の項目を○印又は必要事項を記入してください)			
	1	突発性発疹	9	B型肝炎
	2	はしか	10	川崎病〔心臓合併症： なし・あり 〕
	3	風疹	11	アトピー性皮膚炎〔治療： なし・あり 〕
	4	水ぼうそう	12	中耳炎
	5	おたふくかぜ	13	じんましん
	6	百日咳	14	てんかん〔薬などの指示： なし・あり 〕
	7	喘息〔発作： なし・あり 〕 〔薬の服用： なし・不調時・毎日 〕	15	関節がはずれやすい〔回数： 回 〕 〔右・左・両方 〕
8	熱性けいれん 〔回数： 回 最後： 月 日 〕 〔発熱時抗痙攣薬指示： なし・あり 〕	16	その他()	
入院したこと	○入院の経験はありますか 【なし・あり】 ※ありの方は下記の記入をお願いします。			
	(歳 ヶ月 病名：)	入院期間	年 月 日～	年 月 日)
	(歳 ヶ月 病名：)	入院期間	年 月 日～	年 月 日)
アレルギー	○アレルギーについて			
	食物： なし・あり	※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 _____)			
	○アナフィラキシーショック【なし・あり】 ※ありの方は下記の記入をお願いします。			
	(いつ 年 月 日 原因：)	エピペン処方： なし ・ あり)		