

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

児童氏名 _____

食事	<p>○食事に関する様子を具体的にお書きください。 例) 休みの日は食事の間に母乳もしくはMILK・離乳食（カミカミ期パクパク期）・幼児食・野菜が苦手・白ご飯しか食べない等</p>
排泄	<p>○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</p>
午睡	<p>○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・母乳を飲みながら等</p>
遊び	<p>○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</p>
言葉	<p>○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</p>
その他	<p>○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</p> <p>※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、日ごろの様子を出来るだけ詳しくお書きください。</p>

家族構成	続柄	氏名	年齢	続柄	氏名	年齢
出生時	正常・異常(例: 早期産○週等)					
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 〔薬の服用: なし・不調時・毎日〕	15	関節がはずれやすい〔回数: 回〕 〔部位: 〕 〔右・左・両方〕		
	8	熱性けいれん 〔回数: 回 最後: 年 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) (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 ※保育所における生活管理指導票(なし・あり) ※生活管理指導票の写しを添付してください。 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)					