|  |  |
| --- | --- |
| **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**    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　児童氏名 | |
| **食事** | ○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ミルク・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 |
| **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 |
| **睡眠** | ○睡眠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・午睡時のみオムツ使用等 |
| **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、日ごろの様子を  出来るだけ詳しくお書きください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家  族  構成 | 続柄 | | 氏名 | | | 年齢 | | 続柄 | | 氏名 | | | 年齢 |
|  | |  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | | |  |
| 出生時 | 正常・異常（例：早期産〇週等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 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｜ | ○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　） | | | | | | | | | | | | |