|  |
| --- |
| 　　　**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　） |