病児・病後児保育　児童票

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

令和　　年　　月　　日記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな児童氏名 | 性別男・女 | 生年月日　　　　年　　月　　日生年齢　　　満　　歳　　ケ月 |
| 保護者氏名 | 氏名 |
| 氏名 |
| 住所電話 |
| 兄弟姉妹 | 歳（男・女）　　　　　　歳（男・女）　　　　　　歳（男・女） |
| 通園施設名 | 電話 | かかりつけ医療機関名 | 電話 |
| これまでの病気 | 熱性けいれん | なし・あり | 初回 | 歳　　ケ月　 |
| 最後 | 歳　　ケ月　 |
| これまでの回数 | 回　 |
| 現在の抗けいれん薬の使用 | なし ・ あり |
| 喘　　　　息 | なし・あり | 薬の服用状況使用していない ・ 発作の時のみ使用 ・ 毎日使用 |
| アトピー性皮膚炎 | なし・あり | 治療法は、 | 内服薬　・　食事療法 |
| その他の病気 | なし・あり | 病名（具体的にお書きください。） |
| 入院したこと | なし・あり | 病名 | 歳　　ケ月 |
| 病名 | 歳　　ケ月 |
| 病名 | 歳　　ケ月 |
| 常時内服薬 | 喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服している薬があれば具体的にお書きください（内服時間も）。 |
| 食事 | 食事アレルギー | なし・あり | 品目： |
| その他主治医の指示による食事制限 | なし・あり | ※「あり」の場合は具体的にお書きください。 |
| その他 | 体質（薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。 |
| 施設記入欄 |