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 | | | | | | | | | | | |