

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 年齢	年 月 日生 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）	
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				