射水市病児保育児童票

記入日　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　記入者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **児童**  **氏名** | | | (ふりがな) | | | | **性**  **別** | |  | | | | **生年**  **月日** | 年　　　月　　　日 | | |
| **住所** | | | 〒　　　－  電話番号： | | | | | | | | | | | | | |
| **通園・通学先** | | | | 保育園・小学校　　　電話番号： | | | | | | | | | | | | |
| **かかりつけ医師**  **医療機関名** | | | | 電話番号： | | | | | | | | | | | | |
| **家**  **族**  **状**  **況** | | 氏名 | | | | 年齢 | | | 続柄 | | | 勤務先等（電話） | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | 電話 | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | 電話 | | | | |
| 兄弟姉妹その  他同居者氏名 | | | 年齢(　　） | | | 年齢(　　） | | | | | | | | 年齢(　　) |
| 年齢(　　） | | | 年齢(　　） | | | | | | | | 年齢(　　) |
| **予**  **防**  **接**  **種** | | 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 | |
| 水痘 | | | 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があれば○印又は必要事項を記入)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ | | 突発性発疹 | | | | | | | ９ | | Ｂ型肝炎 | | | | | |
| ２ | | はしか | | | | | | | 10 | | 川崎病〔心臓合併症：　あり・なし　〕 | | | | | |
| ３ | | 風疹 | | | | | | | 11 | | アトピー性皮膚炎〔治療：　あり・なし　〕 | | | | | |
| ４ | | 水痘（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：　あり・なし　〕 | | | | | |
| ７ | | 喘息　〔発作：　あり・なし　〕  　　〔薬の服用：　毎日・不調時・なし　〕 | | | | | | | 15 | | 関節がはずれやすい〔　回数：　　　回　〕  　　　　　　　　　〔　右・左・両方　〕 | | | | | |
| ８ | | 熱性けいれん〔回数：　回、最後：　月　　日〕  　　〔発熱時抗痙攣薬指示：　あり・なし　〕 | | | | | | | 16 | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 入院歴　　：　病名(　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　歳　　　ヶ月  病名(　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　歳　　　ヶ月  病名(　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　歳　　　ヶ月 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **アレルギ｜** | ・食物：　あり　　※食事制限の程度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・　なし  ・薬　：　あり(薬品名　　　　　　　　　)　・　なし  ・環境：　あり(　ダニ・ハウスダスト・動物　　　　　・その他　　　　　　)　・　なし | | | | | | | | | | | | | | | |
| **その他、体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいことがあれば記入して下さい。** | | | | | | | | | | | | | | | | |