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。** |