品川区病児保育児童票

登録番号	

申請者名

	党 童	、	ı		愛 称	性別	J	生	年 月	日	
7 15						男 女	(年	月 歳	日 ヶ月)
登録児童	自宅住所	(〒	-)			自宅電話:				
童	通園施設名	()	保育園	・幼稚園	11441
	入園日		年	月	日 入園		連絡先:				
	かかりつけ医						連絡先:				
	氏 名	続村	丙 年齢 	緊急連	絡先 ※必つ	デ繋がる連	絡先をご記入ぐ	ください。			
家族構成			I)保護者 続柄	勤務先名	:		連約	各先		
構成				()	携帯電話	:					
$\overline{}$)保護者 続柄	勤務先名			連約	各先:		
同居				()	携帯電話	:					
<u> </u>)その他	氏 名						
			※お伝う』をいことがお	いす! たらご	携帯電話	:					
	① 妊娠中の児の状態 ※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。 ※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。										
周産	② 妊娠中の母の状態		X40 MXCUTEV -CCN-0	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	nu/V/ICGV %						
期	③ 出生体重		※4ヶ左き1 た1 / > しがt	こりよし そとご	_	在胎週数			週	日	
	⑤ 出産時の児の状態 ※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。										
乳	① 頚のすわり	ヶ月	② おすわり		ヶ月 3 つ	かまり歩き	き ケ	月 ④	一人歩	き	ケ月
児	⑤ 乳児期の栄養	母乳笋	栄養・ 人工栄	養・混	合栄養	開始時期	始時期ケゲ				
期の	⑦離乳食	前期	ヶ月~	中期	ヶ月	~ 後期	切 ケ	月~			
発達	⑧ 現在の食事内容						⑨ あやされる	ると笑う		歳	ケ月
_	⑩ 初語		歳ヶ月(① 人見	知り	歳 ケ月	① 母親の	後追し	۸,	歳	ケ月
	① BCG 年	月 2) MR	1	年 月	2	年	月			
	③ 水痘 1	年	月 2 4	年 月	④ おたふぐ	くかぜ	1 年	三月	2	年	月
	⑤ Hib(ヒブ)	I -1	年 月	I -2	年	月 I-3	年	月	追加	年	月
予	⑥ 四種混合	I -1	年 月	I -2	年	月 I-3	年	月	追加	年	月
防接	⑦ 肺炎球菌	I -1	年 月	I -2	年	月 I-3	年	月	追加	年	月
種	8 ロ タ	1	年 月	2	年	月 3	年	月			
	⑨ B型肝炎	1	年 月	2	年	月 3	年	月			
	⑪ 日本脳炎	I -1	年 月	I -2	年	月追加	年	月	П	年	月
	① その他の接種	()	· () · () .	()

感染症 歳 ヶ月 ④ おたぶんかぜ 歳 ⑤ マイコブラズマ肺炎 歳 ヶ月 ⑥ 突発性発疹 歳 ⑦ 溶連菌感染症 歳 ヶ月 ⑥ RSウイルス感染症 歳 ⑨ アデノウイルス感染症 歳 ヶ月 ⑩ ヒトメタニューモ感染症 歳 ⑪ その他(具体的に) (初回) 歳 ヶ月 (最後) 歳 ヶ月 (計) ② 急性中耳炎 無・有(直近: 年 月) (計) ③ 肺炎 無・有(直近: 年 月) (計) ④ 喘息 無・有(直近: 年 月) (計) 毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名原因 物(食事療法(内服薬品名(クリー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	方方方月回回回))))))
③ アデノウイルス感染症 歳 ヶ月 ⑩ ヒトメタニューモ感染症 歳 ① その他(具体的に) 歳 ヶ月 (最後) 歳 ヶ月 (計) ② 急性中耳炎 無・有(直近: 年 月) (計) ③ 肺炎 無・有(直近: 年 月) (計) ④ 喘息 無・有(直近: 年 月) (計) 毎日 薬を飲んでいる・いない・発作時のみ(薬品名 毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名 毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名 原因食物 (食事療法 ()) 原因食物 (食事療法 ()) ⑥ アトピー性皮膚炎 無・有(治療: 内服薬・食事療法) 内服薬品名 () ⑦ その他の病気 (具体的に) 病名: 歳 ⑧ 入院したこと 無・有 端息・アトビー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。	ヶ月 ヶ月 回回 回 り))
③ アデノウイルス感染症 歳 ヶ月 ⑩ ヒトメタニューモ感染症 歳 ① その他(具体的に) 歳 ヶ月 (最後) 歳 ヶ月 (計) ② 急性中耳炎 無・有(直近: 年 月) (計) ③ 肺炎 無・有(直近: 年 月) (計) ④ 喘息 無・有(直近: 年 月) (計) 毎日 薬を飲んでいる・いない・発作時のみ(薬品名 毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名 毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名 原因食物 (食事療法 ()) 原因食物 (食事療法 ()) ⑥ アトピー性皮膚炎 無・有(治療: 内服薬・食事療法) 内服薬品名 () ⑦ その他の病気 (具体的に) 病名: 歳 ⑧ 入院したこと 無・有 端息・アトビー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。	ヶ月 回 回 り))
③ アデノウイルス感染症 歳 ヶ月 ⑩ ヒトメタニューモ感染症 歳 ① その他(具体的に) 歳 ヶ月 (最後) 歳 ヶ月 (計) ② 急性中耳炎 無・有(直近: 年 月) (計) ③ 肺炎 無・有(直近: 年 月) (計) ④ 喘息 無・有(直近: 年 月) (計) 毎日 薬を飲んでいる・いない・発作時のみ(薬品名 毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名 毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名 原因食物 (食事療法 ()) 原因食物 (食事療法 ()) ⑥ アトピー性皮膚炎 無・有(治療: 内服薬・食事療法) 内服薬品名 () ⑦ その他の病気 (具体的に) 病名: 歳 ⑧ 入院したこと 無・有 端息・アトビー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。	
① 熱性痙攣 (初回) 歳 ヶ月 (最後) 歳 ヶ月 (計) ② 急性中耳炎 無・有 (直近: 年 月) (計) ③ 肺炎 無・有 (直近: 年 月) (計) ④ 喘息 喘息性気管支炎 無・有 毎日 薬を飲んでいる・いない・発作時のみ(薬品名 毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名 原因食物 (食事療法 (内服薬品名)) 原因食物 (食事療法 (内服薬品名)) ⑤ アトピー性皮膚炎 無・有 (治療: 内服薬・外用薬) 内服薬品名(外用薬品名(外用薬品名(外用薬品名(外用薬品名(水))) ③ 入院したこと 無・有 病名: 歳 歳 喘息・アトピー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。))))
② 急性中耳炎 無・有(直近: 年 月) (計) ③ 肺炎 無・有(直近: 年 月) (計) ④ 喘息 喘息性気管支炎 無・有 毎日 薬を飲んでいる・いない・発作時のみ(薬品名 毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名 毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名 毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名 原因食物(食事療法) ⑤ 食物アレルギー 無・有(治療: 内服薬・食事療法)))))
3 肺炎 無・有(直近: 年 月) (計) 4 喘息 無・有 毎日 薬を飲んでいる・いない・発作時のみ(薬品名毎日吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名毎日吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名様日吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名様日吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名様日吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名様の) 原因食物(食事療法(クリー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・))))
これまでにこかかかっった病気 無・有 (治療: 内服薬・食事療法) 原因食物 (食事療法 (ク用薬品名) ⑥ アトピー性皮膚炎 無・有 (治療: 内服薬・外用薬) 内服薬品名 (クモン・ハない・発作時のみ(薬品名) ⑥ アトピー性皮膚炎 無・有 (治療: 内服薬・外用薬) 内服薬品名 (クリー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・)))
れまでにたかかかっつた病気無・有 (治療: 内服薬・食事療法)原因食物 (食事療法 (クル薬品名)⑤ アトピー性皮膚炎無・有 (治療: 内服薬・外用薬)内服薬品名(クリー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・)))
##))
かかった病気無・有(治療:内服薬・食事療法) 食事療法(内服薬品名(外用薬品名(外用薬品名(外用薬品名(外用薬品名(外用薬品名((具体的に) 病名: 病名: 病名: 端息・アトピー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。	
かった病気 食事療法(⑥アトピー性皮膚炎 無・有(治療:内服薬・外用薬) 内服薬品名(⑦その他の病気 (具体的に) 病名: 歳 病名: 歳 喘息・アトピー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。	
た病気 (6) アトピー性皮膚炎 無・有(治療:内服薬・外用薬) 内服薬品名(外用薬品名(外用薬品名(外用薬品名(外用薬品名(外用薬品名(外用薬品名(外用薬品名(外用薬品名(水))))) (8) 入院したこと 無・有 病名: 歳 歳 喘息・アトピー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。 ***	
⑦ その他の病気 (具体的に) (8) 入院したこと 無・有 病名: 歳 喘息・アトピー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。)
⑦ その他の病気 (具体的に) (8) 入院したこと 無・有 病名: 歳 喘息・アトピー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。	
(8) 入院したこと 無・有病名: 歳 喘息・アトピー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。	
病名: 歳 端息・アトピー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。	ケ月
	ケ月
常 1 4	
 /	
$ \mathbf{x} ^2$	
3	
食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にご記入ください。	
(診断医療機関名)	
食 事	
性 格	
体質(薬物アレルギー、じんましん等)や、くせなどの心配事・保育時に配慮してほしいことについて、具体的に	<u>-</u>
入ください。	_ #0
そ の	
他	