

登録番号

—

## 病児保育事業 健康の記録

記入日：令和 年 月 日

児童	フリガナ 氏名 (愛称)	男・女	生年月日 年 月 日	
	現在通っている保育園・小学校名等	かかりつけ医等・医療機関名 (電話番号)		
健康 保険証	種類 ( ) 記号 番号			
出生 出産時の 状況	分娩の状態	自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 ( )		
	出生時体重	g	在胎期間	週
これまでの 病気	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎	治療 薬	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 発作時のみ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 吸入療法	
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	初回	歳 月	
		最後	歳 月	(これまでに 回)
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	治療	<input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> のみ薬 <input type="checkbox"/> 塗薬	
<input type="checkbox"/> その他の病気	病名	(入院: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歳 月)		
	病名	(入院: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歳 月)		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食物	食品名		
		食事制限の程度		
	<input type="checkbox"/> 薬	薬品名		
<input type="checkbox"/> 環境	<input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
常備薬	名称	( <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 吸入 )		
	名称	( <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 吸入 )		
予防接種	BCG	未 ・ 済	水ぼうそう	未 ・ 1 ・ 2
	<input type="checkbox"/> 三種混合	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	おたふくかぜ	未 ・ 1 ・ 2
	<input type="checkbox"/> 四種混合		B型肝炎	
	<input type="checkbox"/> 五種混合		ロタウイルス	
	<input type="checkbox"/> ヒブ	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	インフルエンザ	
	小児肺炎球菌	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	その他予防接種	
	日本脳炎	未 ・ 1 ・ 2 ・ 追加		
MR	未 ・ 1期 ・ 2期			
感染症歴	はしか	未 ・ 済	風疹	未 ・ 済
	水ぼうそう	未 ・ 済	百日咳	未 ・ 済
	おたふくかぜ	未 ・ 済	突発性発疹	未 ・ 済
	その他の感染症			
生活習慣	遊び	好きな遊び		
		好きなおもちゃ		
その他	その他（人見知り、保護者から見た性格等）配慮して欲しいことがあれば、ご記入ください。			

\*未就学の場合は裏面もご記入ください。\*

～未就学の場合は以下の項目もご記入ください。～

発達の 状況	首のすわり	ヶ月	はいはい	ヶ月	一人歩き	ヶ月
	寝返り	ヶ月	つかまり立ち	ヶ月	初語 (意味のある言葉)	ヶ月
	おすわり	ヶ月	伝い歩き	ヶ月		
食事	<input type="checkbox"/> 授乳	内容	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合		回数	回/日
		量	ml (母乳の場合 約 分/回)			
	<input type="checkbox"/> 離乳食	開始時期	ヶ月～		回数	回/日
		現在時期	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期			
	<input type="checkbox"/> 大人と同じ食事					
普段の食事量		<input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 食が細い				
生活習慣	排泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トイレ使用 <input type="checkbox"/> 午睡時のおむつ使用 <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中				
		その他（排尿回数が多い・少ない、尿意のサイン等）配慮して欲しいことがあれば、ご記入ください。				
	睡眠	普段の昼寝時間	時頃から 時間			
睡眠のくせ等（一人寝・添い寝・タオルを持って等）ご記入ください。						