

# \* \* 病児保育室利用カード \* \*

記入日： 年 月 日

フリガナ				家庭での呼び名	性別	生年月日	
児童氏名					男 ・ 女	年 月 日	
住所	〒 _____						
自宅TEL	( _____ )			留守電機能 あり ・ なし			
携帯TEL	優先①	所有者 ( _____ )		留守電機能 あり なし	優先②	所有者 ( _____ )	
						留守電機能 あり なし	
家族構成							
氏名	生年月日	続柄	勤務先・通学先		電話番号		
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
災害時緊急連絡先 (上記以外)							
氏名	続柄	住所			電話番号		
生活状況							
健診状況	<input type="checkbox"/> 4ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 6ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診    受診済= <input checked="" type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/> その他 ( 受診時に指導は受けましたか? <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない )						
	↓ 指導内容を記入してください						
慢性的に治療または経過観察中の疾患		常用薬 (左記に係る)		かかりつけの病院 (左記に係る)			
体質	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 鼻炎    該当あり= <input checked="" type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー 卵 ・ 乳製品 ・ 大豆 ・ 小麦 ・ ナッツ類 ・ その他 ( <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
睡眠習慣	夜間睡眠	: _____ ~ _____ :		午睡	: _____ ~ _____ :		
	<input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 体をさする・とんとん <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
性格							
好きな遊び・おもちゃ・絵本・キャラクター等							

みどり病児保育室