

# \* \* 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<br>あり<br>なし | 優先②                           | 所有者 ( _____ ) | 留守電機能<br>あり<br>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 )  |                               |                   |                               |               |                   |
| ↓<br>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