

宝塚市病児保育事業調査票

記入日 年 月 日 記入者名(保護者) _____

フリガナ 児童氏名	男 女	愛称 性格
生年月日	年 月 日 (歳 カ月)	
住所		
緊急連絡先	①氏名 (続柄) TEL	
	勤務先 TEL	
	②氏名 (続柄) TEL	
	勤務先 TEL	
保育所等	名称 TEL	
かかりつけ医	病院名 TEL	
出生時の状況	☐ 異常なし ☐ 異常あり()	
発育・発達	☐ 普通 ☐ やや遅い ☐ わからない	
既往歴	(かかったものに印を付けてください) ☐ 麻疹(はしか) ☐ 突発性発疹 ☐ 熱性けいれん ☐ 水痘(みずぼうそう) ☐ 結核 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 風しん(三日ばしか) ☐ 肺炎 ☐ 喘息 ☐ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ☐ その他()	
入院歴	☐ なし ☐ あり(歳ごろ、病名: 医療機関名:)	
定期的・継続的に飲んでいる薬	☐ なし ☐ あり(疾患名: 薬の種類: 服薬方法:)	
予防接種	(受けたものに印を付けてください) ☐ Hib(ヒブ) (1回、2回、3回、追加) ☐ 小児用肺炎球菌(1回、2回、3回、追加) ☐ B型肝炎(1回、2回、3回) ☐ ロタ(1回、2回、3回) ☐ 4種混合(1回、2回、3回、追加) ☐ 5種混合(1回、2回、3回、追加) ☐ BCG ☐ 麻疹・風しん(MR)(1期、2期) ☐ 水痘(1回、2回) ☐ 日本脳炎(Ⅰ期初回、Ⅰ期追加) ☐ おたふく(1回、2回) ☐ インフルエンザ(1回、2回) ☐ その他()	
アレルギー	☐ なし ☐ あり(食材等:)アレルギー検査実施 ☐ 済 ☐ 未	
食事制限	☐ なし ☐ あり()	
食事	好きな食べ物: 嫌いな食べ物: 内容 主食: ☐ ごはん ☐ 軟飯 ☐ かゆ 副食: ☐ 普通 ☐ 軟菜 離乳食: ☐ 初期 ☐ 中期 ☐ 後期 ☐ 完了期	
排泄	オムツ: ☐ あり ☐ なし トイレへの誘導方法:	
昼寝	約 時間/日 寝るときのくせ等:	
好きな遊び		
その他	保育上配慮して欲しいこと、注意が必要なことがあれば記入してください。	