

わらべうた四谷病児室 児童票

※ 内容に変更があったときは、利用時にその旨をお伝えください。(保育園・感染症歴・予防接種・電話番号等)

記入日：西暦 年 月 日				
登録完了のお電話を受けられる方： 父 ・ 母 ※お電話は平日10:00～14:30の間にいたします。				
ふりがな お子さんの 氏名	男 女	生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日 (歳 か月)	
		愛称		
自宅住所	(〒 -)		自宅電話番号	
			メールアドレス	
保育園名	(年 月より登園開始)			
保護者	ふりがな 父・氏名		ふりがな 母・氏名	
	父・勤務先 名称		母・勤務先 名称	
	父・勤務先 住所		母・勤務先 住所	
	父・勤務先 電話		母・勤務先 電話	
	父・携帯電話		母・携帯電話	
保護者以外の 緊急連絡先	ふりがな 氏名	電話番号	児童との 関係	
緊急連絡先 ()内に優先順 位を記入	父・勤務先 ()	母・勤務先 ()	父・携帯電話 ()	母・携帯電話 ()
かかりつけ 医療機関	名 称			
出生時の 状況	出生体重	g	妊娠週数	週 日
(済んだものに ○)	BCG	未 ・ 済	MR(風疹・はしか)	未 ・ 1 ・ 2
	DPT-IPV-hib(五種混合)	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	おたふく	未 ・ 1 ・ 2
	DPT-IPV(四種混合)	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	肺炎球菌	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加
	ヒブ	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	日本脳炎	未 ・ 1 ・ 2 ・ I期追加
	ロタウイルス	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3	B型肝炎	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3
	みずぼうそう	未 ・ 1 ・ 2	/	
感染症歴	はしか	未 ・ 済	風疹	未 ・ 済
	みずぼうそう	未 ・ 済	百日咳	未 ・ 済
	おたふく	未 ・ 済	突発性発疹	未 ・ 済
	その他(上記以外のもの)			

裏面に続く⇒

熱性けいれん	なし・あり	回数：計 回	初回： 歳 か月	最後： 歳 か月		
		けいれんの様子				
		ダイアアップ	なし・あり ⇒(使用のタイミング: °C以上)			
その他のけいれん/ てんかん (熱性けいれん 以外のもの)	なし・あり (診断名)	回数：計 回	初回： 歳 か月	最後： 歳 か月		
		けいれん/ てんかんの誘因	どのような状況?何をしているとき?前兆はあるか?			
		けいれん/ てんかんの様子				
		けいれん/ てんかんの薬	なし・あり ⇒ 毎日・発作時のみ (薬剤名:)			
基礎疾患	現在、定期通院をしていますか? はい・いいえ ※「はい」の方は下記の欄をご記入ください。					
	【医療機関名】		通院期間: 歳 月から 頻度: 月おき			
	【通院の目的】					
アレルギー について	食 物	なし・あり (食品名:)				
		食事制限の程度 ()				
	薬	なし・あり (薬剤名:)				
	その他	なし・あり ()				
喘息	なし・あり	飲み薬	飲んでいない・飲んでいる・発作時のみ (薬剤名:)			
		吸入薬	していない・毎日・発作時のみ (薬剤名:)			
		通院期間	歳 月から 月おき 【医療機関名】			
肌の状態	乾燥・湿疹	使用中の薬	内服・軟膏 (薬剤名:)			
その他既往歴	病 名		年 齢	入院歴	手術歴	その後の経過
	1		歳 月	なし・あり	なし・あり	完治・経過観察中・治療中
	2		歳 月	なし・あり	なし・あり	完治・経過観察中・治療中
その他の薬	その他に使用している薬はありますか? いいえ・はい ⇒(内服・軟膏・点眼 / 薬剤名:)					
生活習慣	排便回数	回/日	便 意	知らせる・時々知らせる・知らせない		
	排尿回数	回/日	尿 意	知らせる・時々知らせる・知らせない		
	昼 寝	時間 (時～ 時頃)				
	睡眠のくせ					
	人見知り					
	好きな遊び・玩具					
	その他配慮事項 (発達上気になる点など)					
食事内容	食事量	よく食べる・普通・食が細い				
	食事方法	1人で食べられる・1人で食べようとする・食べさせる				

アレルギー問診票

お子さんの名前 _____ 記入日 年 月 日

お預かりするお子さんのアレルギーに関する質問です。質問をお読みいただき、該当する場合は、□に✓（記入例☑）を入れて下さい。

（ ）には、該当する内容をお書き下さい。

質問1 アレルギーがあると言われたことがありますか？

なし あり→何アレルギーと言われましたか？（ ）

質問2 現在治療中のアレルギー疾患はありますか？

なし あり→疾患名（ ）

質問3 食物アレルギーの診断で除去中の食品はありますか？

なし あり→除去中の食品名（ ）

質問4 アナフィラキシーの既往はありますか？

なし あり→原因食品（ ）

時期（何歳頃）（ ）

エピペンの使用 あり なし

質問5 次の食品で未食のものはありますか？（消費者庁食物アレルギー表示対象品目より）

えび かに くるみ 小麦
そば 卵 乳 落花生（ピーナッツ）

アーモンド いか オレンジ カシューナッツ

キウイフルーツ 牛肉 ごま さけ

さば 大豆 鶏肉 バナナ

豚肉 もも やまいも りんご

ゼラチン

その他

（ ）

未食のものはない

質問6 その他、気になることがありましたら、ご自由にお書き下さい。