

児童票 (0~2歳児用)

児童名 _____

令和 年 月 日生

※こちらの児童票は初回のみご記入ください。

令和 年 月 日記入

食	<ul style="list-style-type: none"> ・ ミルク ml/1回 一回にかかる授乳時間 分 授乳間隔 時間毎 ※ 当院の粉乳は森永ドライミルク「はぐくみ」を使用しています ・ ジュースやイオン水を与えてもよい お茶だけにしてほしい ・ 摂取したことのない食品(卵 牛乳 小麦 そば 落花生 エビ カニ 大豆 くるみ) ・ 食物アレルギー なし あり 禁止食物() 																
事	<p>(食物アレルギーありの方)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ どのような症状が出ましたか [] ・ アナフィラキシーショック なし あり ・ エピペンの処方 なし あり 																
排 泄	<p>おむつを使用 トイレトレーニング中 トイレを使用</p> <p>午睡時のおむつ着用 (なし あり)</p>																
睡 眠	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保育園や家での日中の睡眠について記入ください 午前 (なし あり 時頃 ~ 時頃 分位) 午後 (なし あり 時頃 ~ 時頃 分位) ・ 睡眠時のくせ等がありましたら教えてください [] <p style="font-size: small; text-align: center;">※病児保育という特質上、普段午睡をされていないお子さんも必要に応じて安静の時間を設けております</p>																
予 防 接 種	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">接種したものに○をつけてください</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">かかったものに○をつけてください</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ヒブ(Hib)</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">はしか</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">小児肺炎球菌</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">風しん</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B型肝炎</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">水ぼうそう</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ロタウイルス</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">百日咳</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4種混合(DPT)</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">おたふくかぜ</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">BCG</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">突発性発疹</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">麻しん・風しん(MR)</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td> </tr> </table>	接種したものに○をつけてください	かかったものに○をつけてください	ヒブ(Hib)	はしか	小児肺炎球菌	風しん	B型肝炎	水ぼうそう	ロタウイルス	百日咳	4種混合(DPT)	おたふくかぜ	BCG	突発性発疹	麻しん・風しん(MR)	
接種したものに○をつけてください	かかったものに○をつけてください																
ヒブ(Hib)	はしか																
小児肺炎球菌	風しん																
B型肝炎	水ぼうそう																
ロタウイルス	百日咳																
4種混合(DPT)	おたふくかぜ																
BCG	突発性発疹																
麻しん・風しん(MR)																	
既 往 症	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">水痘(水ぼうそう)</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">未・1・2・3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">日本脳炎</td> <td style="padding: 2px;">未・1・2・(3)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">ヒトパピローマウイルス(HPV)</td> <td style="padding: 2px;">未・1・2・3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">おたふくかぜ</td> <td style="padding: 2px;">未・1</td> </tr> </table> <p>その他の予防接種 []</p>	水痘(水ぼうそう)	未・1・2・3	日本脳炎	未・1・2・(3)	ヒトパピローマウイルス(HPV)	未・1・2・3	おたふくかぜ	未・1								
水痘(水ぼうそう)	未・1・2・3																
日本脳炎	未・1・2・(3)																
ヒトパピローマウイルス(HPV)	未・1・2・3																
おたふくかぜ	未・1																

<p>こ れ ま で の 病 気</p>	<p>下記の持病がある場合は記入ください</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 喘息（薬の服用・・・ 毎日 ・ 発作時 吸入・・・ 毎日 ・ 発作時 ） ・ ひきつけ（ 初回 歳 ヶ月 ） ・ 熱性けいれん 初回 歳 ヶ月 ダイアブ薬の指示 なし あり ℃以上で使用 ・ アトピー性皮膚炎（ 部位・・・ 症状 ） ・ 薬物アレルギー（ 薬品名・・・ ） ・ その他の病気 <ul style="list-style-type: none"> 病名 歳 ヶ月 現在の状態 治療中 経過観察中 治癒 薬の服用 なし あり（薬名 配慮する点 ）
<p>発 育 発 達</p>	<p>発達・発育について記入してください</p> <p>出産時の体重 g 在胎期間 週 日</p> <p>完了している項目に○をつけてください</p> <p>首のすわり おすわり はいはい つかまり立ち ひとり歩き ことば・・・ 喃語 単語 二語文 自由に話せる</p> <p>発育や発達について気になることがある いいえ はい 観察中 気になる点や配慮する点を教えてください</p> <p>（ ）</p> <p>今までの入院・手術歴</p> <p>歳 ヶ月 （ ） 歳 ヶ月 （ ） 歳 ヶ月 （ ） 歳 ヶ月 （ ）</p>
<p>備 考</p>	<p>その他配慮すべき点をお知らせください。</p> <p>ホームページ等にお子さんの写真を掲載してもよろしいですか？（ いいえ はい ）</p>