

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) (バナナ キウイ オレンジ グレープフルーツ) 																						
事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食物アレルギー なし あり 禁止食物() (食物アレルギーありの方) ・ 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>※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; border-bottom: none;">接種したものに○をつけてください</td> <td style="width: 50%; text-align: center; border-bottom: none;">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;">未・1・2・3・4</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;">未・1・2・3・4</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;">未・1・2・3・4</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">BCG</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">未・1</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;">未・1</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">水痘(水ぼうそう)</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">未・1・2</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">日本脳炎</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B型肝炎</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">未・1・2・3</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;">未・1・2・(3)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">おたふくかぜ</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">未・1</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)	未・1・2・3・4	小児肺炎球菌	未・1・2・3・4	4種混合(DPT)	未・1・2・3・4	BCG	未・1	麻しん・風しん(MR)	未・1	水痘(水ぼうそう)	未・1・2	日本脳炎		B型肝炎	未・1・2・3	ロタウイルス	未・1・2・(3)	おたふくかぜ	未・1
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)	未・1・2・3・4																						
小児肺炎球菌	未・1・2・3・4																						
4種混合(DPT)	未・1・2・3・4																						
BCG	未・1																						
麻しん・風しん(MR)	未・1																						
水痘(水ぼうそう)	未・1・2																						
日本脳炎																							
B型肝炎	未・1・2・3																						
ロタウイルス	未・1・2・(3)																						
おたふくかぜ	未・1																						
既 往 症	<p>その他の予防接種 ()</p>																						

<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 ダイアップ薬の指示 なし あり °C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 <p>（</p> <table border="0"> <tr> <td>病名</td> <td>歳</td> <td>ヶ月</td> </tr> <tr> <td>現在の状態</td> <td>治療中</td> <td>経過観察中</td> </tr> <tr> <td>薬の服用</td> <td>なし</td> <td>あり（薬品名</td> </tr> <tr> <td>配慮する点</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>）</p>	病名	歳	ヶ月	現在の状態	治療中	経過観察中	薬の服用	なし	あり（薬品名	配慮する点		
病名	歳	ヶ月											
現在の状態	治療中	経過観察中											
薬の服用	なし	あり（薬品名											
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>												