

児童状況申告書

(各病後児施設に必ずご提出ください)

提出日 年 月 日

ふりがな 登録児童氏名		男 女	生年月日	西暦 年 月 日
住所	〒			
緊急連絡先	第1連絡者・氏名	児童との続柄	TEL - -	勤務先
			携帯 - -	TEL - -
	第2連絡者・氏名	児童との続柄	TEL - -	勤務先
			携帯 - -	TEL - -
	第3連絡者・氏名	児童との続柄	TEL - -	勤務先
			携帯 - -	TEL - -
在籍保育園名 (幼稚園・小学校)			平熱	度
かかりつけ医療機関	病院名	主治医名	TEL - -	
	病院名	主治医名	TEL - -	

以下、当事業に登録するお子様の様子をご記入ください。

1. 既往歴

<ul style="list-style-type: none"> ・突発性発疹 歳 月 ・水痘 (水ぼうそう) 歳 月 ・熱性けいれん 歳 月 	<ul style="list-style-type: none"> ・麻疹 (はしか) 歳 月 ・流行性耳下腺炎 (おたふく) 歳 月 ダイアップの指示 有 無 	<ul style="list-style-type: none"> ・風疹 歳 月 ・百日咳 歳 月
--	--	--

2. 生活状況

食 事	食欲傾向 (多め・普通・少なめ) 好きなもの 嫌いなもの	普通の食 事形態	食事に制限がある場合は具体的にご記入ください。 食物アレルギー なし・あり () ありの場合は食物アレルギー疾患生活管理指導表の写しを添付してください。
便 通	1日 _____ 回 便性 (普通・硬め・柔らかめ)	睡 眠 傾 向	お昼寝 (約 _____ 時間) 寝るときの癖 うつぶせ・仰向け 寝かせかたは？

裏面もあります。

好きな遊び	<ul style="list-style-type: none"> ・好きな遊び ・嫌いなこと・不快なことは？
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・伝えておきたいこと等

3. 予防接種

ポリオ（生ワクチン）	1回目	年	月	・2回目	年	月	BCG	年	月			
ポリオ（不活化ワクチン）	1回目	年	月	・2回目	年	月	・3回目	年	月	・追加	年	月
三種混合	I期1回目	年	月	・2回目	年	月	・3回目	年	月	・I期追加	年	月
四種混合	I期1回目	年	月	・2回目	年	月	・3回目	年	月	・I期追加	年	月
MR	1回目	年	月	・2回目	年	月	麻疹	年	月	風疹	年	月
水痘	年	月	流行性耳下腺炎（おたふく）					年	月			
肺炎球菌	1回目	年	月	・2回目	年	月	・3回目	年	月	・追加	年	月
ヒブ	1回目	年	月	・2回目	年	月	・3回目	年	月	・追加	年	月
その他												

4. その他 健康状態（常備薬・体質傾向・けが等）

--