

病児保育ドレミ利用児童個人記録

年 月 日 記入

記入者( )

児童氏名		ふりがな		生年月日		年 月 日	
		男・女		学校 保育園名		TEL:	
自宅住所	〒 -						
電話番号							
家族構成	続柄	氏名	生年月日	職業	勤務先	電話番号	
緊急時 連絡先	1	氏名: (続柄)		電話番号:			
	2	氏名: (続柄)		電話番号:			
かかりつけ医							
新生児期	出生時の異常 無・有( )			発育・発達	ふつう・健診や通園施設で指摘有り		
予防接種	BCG	三種混合( 回)	四種混合( 回)	MRワクチン(麻疹・風疹)( 回)			
	Hb(ヒブ)( 回)	肺炎球菌( 回)	B型肝炎( 回)	水ぼうそう( 回)			
	ロタ( 回)	ポリオ	経口(生ワクチン)( 回)	注射(不活化ワクチン)( 回)			
	おたふくかぜ( 回)	日本脳炎( 回)	その他接種:				
かかった 病気	突発性発疹 麻疹 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳 アトピー性皮膚炎						
	熱性けいれん(何回 回)(最後はいつ 年 月 日)(予防薬 )						
	(予防薬指示 °C以上・無 ) 脳波:異常なし・異常あり・施行せず(病院名 )						
	食物アレルギー: あり・なし 除去食:						
入院	なし・あり (病名 歳 ヶ月)			(病名 歳 ヶ月)			
	(病名 歳 ヶ月)			(病名 歳 ヶ月)			
常時内服している薬	なし・あり(薬品名・回数 )						
常時使用している薬	軟膏・吸入薬			軟膏薬名		吸入薬名	
	なし・あり						
その他	体質(薬物アレルギー等)やくせなど心配なこと、配慮して欲しいことについて具体的にお書き下さい						