

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<br>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 |          |               |                   |                  |       |  |