

## 宝塚市病児保育事業調査票

記入日 年 月 日 記入者名(保護者) \_\_\_\_\_

児童氏名 <small>フリガナ</small>	男	愛称
	女	性格
生年月日	年 月 日 ( 歳 カ月)	
住所		
緊急連絡先	①氏名 (続柄) TEL	
	勤務先 TEL	
	②氏名 (続柄) TEL	
	勤務先 TEL	
保育所等	名称 TEL	
かかりつけ医	病院名 TEL	
出生時の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり( )	
発育・発達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや遅い <input type="checkbox"/> わからない	
既往歴	(かかったものに印を付けてください) <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> その他( )	
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 歳ごろ、病名: 医療機関名: )	
定期的・継続的に飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(疾患名: 薬の種類: 服薬方法: )	
予防接種	(受けたものに印を付けてください) <input type="checkbox"/> Hib(ヒブ) (1回、2回、3回、追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(1回、2回、3回、追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1回、2回、3回) <input type="checkbox"/> 4種混合(1回、2回、3回、I期追加) <input type="checkbox"/> 3種混合(1回、2回、3回、追加) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(1回、2回、3回、追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風しん(MR)(1期、2期) <input type="checkbox"/> 水痘(1回、2回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(I期初回、I期追加) <input type="checkbox"/> その他( )	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食材等: )アレルギー検査実施 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
食事	好きな食べ物: 嫌いな食べ物: 内容 主食: <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> かゆ 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 離乳食: <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期	
排泄	オムツ: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし トイレへの誘導方法:	
昼寝	約 時間/日 寝るときのくせ等:	
好きな遊び		
その他	保育上配慮して欲しいこと、注意が必要なことがあれば記入してください。	