

# 病後児保育室 ラポール児童票

【秘】

平成 年 月 日 記入

ふりがな 氏名	(男・女)	お子さんの愛称	生年月日	平成 年 月 日生	
父・氏名	( 才)	職業			
母・氏名	( 才)	職業			
自宅住所 (〒 )					
自宅電話					
兄弟姉妹	才(男・女)	才(男・女)	才(男・女)		
緊急連絡先	父(携帯)				
	勤務先名	電話			
	母(携帯)				
	勤務先名	電話			
	その他(祖父母)		電話		
学校/園名				電話	
かかりつけ医				電話	
妊娠・出産	出生時の異常 なし・あり ( )				
	出生時体重	g	週数	週	
予防接種	Hib(ヒブ)	(1回・2回・3回・追加)	BCG		
	肺炎球菌	(1回・2回・3回・追加)	B型肝炎 (1回・2回・3回)		
	四種混合	(1回・2回・3回・追加)	ロタウイルス		
	三種混合	(1回・2回・3回・追加)	ロタテック (1回・2回・3回)		
		ポリオ(不活化)	(1回・2回・3回・追加)	ロタリックス (1回・2回)	
		ポリオ(生)	(1回・2回)	おたふくかぜ (1回・2回)	
	MR(麻疹・風疹)	(I期・II期)	日本脳炎 (1回・2回・追加)		
	水ぼうそう	(1回・2回)	その他( )		
感染症歴	麻疹(はしか)	才	水ぼうそう	才 おたふくかぜ 才	
	百日咳	才	その他( )		
病歴	熱性けいれん	なし・あり	回数( 回 )	最後 ( 才)	
	喘息	なし・あり	( 才～ 才)	薬 なし・あり ( )	
	喘息様気管支炎	なし・あり	( 才～ 才)	薬 なし・あり ( )	
	アトピー性皮膚炎	なし・あり	( 才～ 才)	薬 なし・あり ( )	
	その他 ( )				
入院したこと	なし・あり	(病名	才)		
食事	食物アレルギー なし・あり ( )				
	気をつけていることがありましたら、具体的にお書きください				
体質(薬物アレルギーなど)や心配なこと、配慮してほしいことがありましたらお書きください					