

児 童 票

(年度内初回利用時に記入 or 訂正していただきます)

記入日 年 月 日

グレイス病児保育室

* 記入は全て西暦でお願いします

ふりがな 氏 名		男 女		生年月日 年 月 日		お子さんの愛称		
自宅住所：〒						自宅 TEL		
日常保育状況：通園（通学）施設名（ ） その他（ ）								
家 庭 状 況	氏名	続柄	年齢	勤務先・学校名		勤務先 TEL・携帯 TEL		
成 育 歴	<出生時の様子> 妊娠中の異常 なし・あり（ ） 出生時体重 g ・ 週数 週 出産時の異常 なし・あり（ ） <発育の様子> 栄養方法（ 母乳・人工・混合 ） 離乳食開始時期（ ヶ月） 発育の遅れなど気になったことはありませんでしたか？ なし・あり（ ）							
	予 防 接 種	Hib（ヒブ） 1回・2回・3回・追加			BCG 年 月			
		肺炎球菌 1回・2回・3回・追加			MR（麻疹、風疹） 1期・2期			
		B型肝炎 1回・2回・3回			水ぼうそう 1回・2回			
		ロタウイルス（ロタリックス 1回・2回） （ロタテック 1回・2回・3回）			おたふくかぜ 1回・2回			
日本脳炎 1期：1回・2回・追加・2期								
四種混合 1回・2回・3回・追加			その他：					
三種混合 1回・2回・3回・追加								
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（ ）							
	食物アレルギー なし・あり（ ）							
	食事制限 なし・あり（具体的に）							
	入院したこと なし・あり 病名：（ 歳 ヶ月）							
	突発性発疹 ☐ おたふく ☐ 水ぼうそう ☐ （かかった病気にチェックをしてください。）							
	常用薬（常時内服している薬や吸入薬・軟膏など、薬の名前・回数・内服時間等） なし・あり（ ）							
そ の 他	※お子様をお預かりするにあたり、留意点や配慮すべきことがありましたら記入ください。							

* 変更が生じた場合は、直後の利用時にお知らせください