

マジカルガーデン病後児保育利用児童票

* ご利用前に記入し、施設に提出下さい。

年 月 日 記入

記入者氏名:

- 【 在籍保育園名 】
- 王子町保育園
- 第二王子町保育園
- マジカルガーデン
- その他

1. 児童の状況等

ふりがな 児童氏名	男 ・ 女		生年月日: 年 月 日 (歳 月)	
保 護 者	父 ・ 氏名			
	母 ・ 氏名			
	自宅住所			
	自宅電話			
緊急連絡先	① TEL:	()		
	② TEL:	()		
	③ TEL:	()		
	④ TEL:	()		
かかりつけ医	TEL:			
予 防 接 種	BCG	年 月	麻疹・風疹	1回目・2回目
	3種混合	1回目・2回目・3回目・4回目	水ぼうそう	1回目・2回目
	4種混合	1回目・2回目・3回目・4回目	おたふくかぜ	年 月
	日本脳炎	1回目・2回目・追加	小児肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・4回目
	ヒブ	1回目・2回目・3回目・4回目	B型肝炎ウイルス	1回目・2回目・3回目
	その他	()		
	※ 予防接種は接種した年月又は終了したものに○を記入してください。			

2.既往歴等

既往歴	麻疹(はしか)	歳 月	風 疹	歳 月
	水ぼうそう	歳 月	百日咳	歳 月
	おたふくかぜ	歳 月	その他	
	熱性痙攣	無・有 ⇒ 坐剤使用 有・無 初回 歳 月、最後は 歳 月(これまでに 回)		
	喘息	無・有 ⇒ 薬を飲んでいる・飲んでいない・発作時のみ 貼付薬を貼っている・貼っていない		
	アトピー性皮膚炎	無・有 ⇒ 治療している(内服薬・軟膏・食事制限)・治療未		
	その他の病気 (入院等)	無・有 ⇒ (病名) 歳 月 ⇒ (病名) 歳 月 ⇒ (病名) 歳 月		
常用薬(処方薬)	無・有 ⇒ (薬品名) (薬品名) 【薬の具体的な服用方法・服用時間等】			
薬物・食品アレルギー	無・有 ⇒ ()			
食 事	※ 通常の食事状況の他、現在、食事制限の指示を受けている場合は 具体的にご記入ください。			
そ の 他	※ 体質や病気のことなどで心配なこと、保護者からみた性格等、配慮して ほしいことがあればご記入ください。			

※ ご面倒ですが、記入漏れが無いように、今一度ご確認ください。