


# 病児保育利用（登録・変更）用紙

記入日： 年 月 日

ふりがな お名前		男 女	平成・令和 年 月 日生 ( 歳 ヶ月)	愛称
	保護者氏名		勤務先と連絡先	個人携帯番号
父				
母				
自宅の住所 〒( - )				
自宅 TEL ( )				
きょうだい	◎ 歳(男・女)	◎ 歳(男・女)	◎ 歳(男・女)	
	連絡の相手	連絡場所	電話番号	
緊急連絡先 ① (急変時・災害時) ②				
保育所(学校)名		かかりつけ医		
出生について				
・生まれたときの 体重 ( )g 身長 ( )cm				
・生まれたときは 何週でしたか ( )週 ( )日				
・出生時の異常や治療を受けましたか いいえ はい → 黄疸 仮死 その他( )				
発育について				
・首がすわった( )か月 ・寝返り( )か月 ・お座り( )か月				
・はいはい( )か月 ・歩行( )か月				
・乳児健診等で何か指摘されたことがありますか(いいえ ・はい → )				
・発育は順調でしたか (はい・いいえ → )				
既往歴				
・麻疹 ・風疹 ・おたふくかぜ ・水ぼうそう ・百日咳 ・突発性発疹 ・肺炎 ・喘息				
・中耳炎 ・髄膜炎 ・川崎病 ・アレルギー性皮膚炎 ・その他( )				
熱性けいれん(回数 回)(最後は 年 月 日)(坐薬の指示 有・無)				
入院歴				
なし・あり → 病名( ) 経過(完治・経過観察中・治療中)				
病名( ) 経過(完治・経過観察中・治療中)				
予防接種				
・ヒブ ( 回)済み				
・肺炎球菌 ( 回)済み				
・B型肝炎( 回)済み				
・結核(BCG) 済み				
・日本脳炎 1期( 回)済み 2期 済み				
・ロタウイルス ( 回)済み				
・二種混合 済み				
・四種混合 済み				
・水ぼうそう( 回)済み				
・麻疹 風疹 1期 済み 2期 済み				
◎内服薬や注射でアレルギーを起こしたことはありますか(いいえ・はい→ )				
◎食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか(いいえ・はい→ )				

1年に1回更新させていただきます。

①

# 病状れんらくシート

令和 年 月 日

氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: 歳 ヶ月 (男・女)  
在籍園・学校 ( ) 流行: なし・あり ( )

★該当する症状に☑をして、発症日をご記入ください。

- 発熱 ( ) 日～最高 ( ) °C
- 咳 ( ) 日～
- 鼻水 ( ) 日～
- 下痢 ( ) 日～ ( ) 回 / (やわらかい・水様)
- 嘔吐 ( ) 日～ ( ) 回
- 痛み ( ) 日～ / のど・頭・おなか・耳・その他 ( )
- 発疹 ( ) 日～場所 ( )

その他気になること:

★全ての項目にご記入ください。

- 機嫌 (良い・やや悪い・悪い) / 元気 (あり・ややなし・なし)
- 食欲 (あり・ややなし・なし) / 水分 (とれる・少し・とれない)
- 排尿 (普通・少ない・出ていない) / 最終排尿時間 : ( )
- 最終排便 ( ) 月 ( ) 日
- 睡眠 (眠れていない・眠れた)
  
- この病気について受診しましたか?  
(いいえ・はい → ( ) 日・病院名 ( ) ・病名 ( ) )
  
- 内服中の薬 (なし・あり → 当院・他院 ( ) )  
※必ず薬剤情報をご持参ください。薬は薬袋ごと持参してください。
- 今朝の薬 (飲んでいない・飲んだ)
  
- 頓服薬の使用 (使用していない・使用した → ( ) : ( ) /薬名 ( ) )
  
- お預かり中の頓服薬の使用について (希望しない・希望する → 内服薬・坐薬 ( ) )

● 連絡先 ※必ずつながるところを2カ所ご記入ください。

①連絡先:	電話番号:
②連絡先:	電話番号:

● お迎え ※変更になる場合はご連絡ください。

時間	:	( ) / 父・母・その他 ( )
----	---	-------------------

## 問診票

- 兄弟の有無  
無 ・ 有 (性別 年齢 ) ペンギンハウス利用 (有・無)  
(性別 年齢 ) ペンギンハウス利用 (有・無)  
(性別 年齢 ) ペンギンハウス利用 (有・無)  
(性別 年齢 ) ペンギンハウス利用 (有・無)
- よく飲む飲み物は? ( )
- りんごジュース・イオン飲料を飲んだことがありますか?(有・無)
- 好きな食べ物 ( )
- 嫌いな食べ物 ( )
- お子様のくせ ( )
- 好きなあそび ( )
- おんぶをした事がありますか? (有・無) 2歳までのお子様
- 午睡時の入眠方法(抱っこ・添い寝・ラック・その他 )
- 離乳食のお子様のみ  
食べた事のない食材 (卵・乳製品・魚・小麦・ゼリー・スナック菓子)
- マグ (ストロー) は使えますか? (はい・いいえ) 2歳までのお子様
- 薬は飲めますか? (はい・いいえ)
- 当院 instaglam 掲載 (可・不可) ※顔は出さないよう留意いたします
- ペンギンハウス玄関の壁面に写真を掲示 (可・不可)
- 何か気になること、心配なこと ( )