

# 病児保育室児童票

年 月 日 記入

ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日 年 月 日生
住所	(〒 ー )		
緊急連絡先			
保育園名		かかりつけ医	

家 族	父	氏名		携帯電話	
		勤務先名		電話	
	母	氏名		携帯電話	
		勤務先名		電話	
	同居 家族	続柄	保育園名・学校名・職業等		

アレルギー	無	有		食事	
				未食有無	無 有
こ れ ま で の 病 気	熱性 けいれん	なし	あり	初回は 歳 ヶ月 最後は 歳 ヶ月	これまでに 回
	喘息	なし	あり	内服薬 毎日 吸入 毎日	・ 発作時 ・ 発作時
	入院した こと	なし	あり	病名 ( ) 歳 ヶ月 病名 ( ) 歳 ヶ月 病名 ( ) 歳 ヶ月	
	その他 の病気				
	上記の病気に関して常時内服している薬、食事療法、制限などがあれば具体的にお書き下さい。				

その他、気になること、配慮してほしいことがあれば、お書き下さい。