

児童氏名 _____

病児(病後児)保育を利用する児童の状況について、次の項目に記入してください。
(母子健康手帳や健康保険証の写しをもって代えることができます。)

○予防接種の記録

予防接種	BCG	年 月	1回目	年 月	おたふく	1回目	年 月		
	四種混合	1回目	年 月	ヒブ 初回	2回目	年 月	1回目	年 月	
	・ジフテリア	2回目	年 月		3回目	年 月	ロタ	1回目	年 月
	・百日咳	3回目	年 月	追加	1回目	年 月	ウイルス	2回目	年 月
	・破傷風		年 月		1回目	年 月		3回目	年 月
	・ポリオ	1期追加	年 月	小児用 初回	2回目	年 月	インフルエンザ		
	麻疹・風疹	1回目	年 月	肺炎	3回目	年 月			歳
	混合	2回目	年 月	球菌 追加	1回目	年 月	[]	年 月	
		1回目	年 月	水痘	1回目	年 月	[]	年 月	
		2回目	年 月		2回目	年 月	その他 []	年 月	
日本脳炎	1期追加	年 月		1回目	年 月	[]	年 月		
	2期	年 月	B型肝炎	2回目	年 月	[]	年 月		
				3回目	年 月	[]	年 月		

○過去にかかった感染症(既往歴)の状況

感染症歴	麻疹(はしか)	歳 か月	おたふくかぜ	歳 か月	[]	歳 か月
	風疹	歳 か月	百日咳	歳 か月	その他 []	歳 か月
	水ぼうそう	歳 か月	突発性発疹	歳 か月	[]	歳 か月
	喘息	薬 毎日・発作時・無 吸入 毎日・発作時・無	熱性けいれん ()回	初回 歳 か月 最近 歳 か月	アトピー性 皮膚炎	内服薬 食事療法

○その他留意事項

その他	アレルギーの有無	無・有
	食物アレルギー	牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他()
	薬物アレルギー	種類等 ()
	※「アレルギー疾患生活管理指導表」を提出してください。	
	入院の経験	無・有 (歳 か月 病名) 無・有 (歳 か月 病名)
出生時の異常	無・有 ()	
発育・発達の状況	(ふつう・少し遅れていると思う・わからない)	
平熱	℃	
その他心配なこと、配慮して欲しいこと、等について記入してください。		

○医療保険証及び乳幼児医療証

保険証等	医療保険証	種別		世帯主・加入者	
		記号番号		保険者名	
				有効期限	
	乳幼児医療証	負担者番号		受給者番号	