

児童状況申告書（各病後児施設に必ずご提出ください）

提出日 年 月 日

ふりがな 登録児童氏名		男 女	生年月日		西暦 年 月 日	
住所	〒					
緊急連絡先	第1連絡者・氏名	児童との続柄	TEL	—	—	勤務先
			携帯	—	—	TEL — —
	第2連絡者・氏名	児童との続柄	TEL	—	—	勤務先
			携帯	—	—	TEL — —
	第3連絡者・氏名	児童との続柄	TEL	—	—	勤務先
			携帯	—	—	TEL — —
在籍保育園名（幼稚園・小学校）			平熱		度	
かかりつけ医療機関	病院名		主治医名		TEL — —	
	病院名		主治医名		TEL — —	

以下、当事業に登録するお子様の様子をご記入ください。

1. 既往歴

・突発性発疹	歳 月	・麻疹（はしか）	歳 月	・風疹	歳 月
・水痘（水ぼうそう）	歳 月	・流行性耳下腺炎（おたふく）	歳 月	・百日咳	歳 月
・熱性けいれん	歳 月	ダイアップの指示	有	無	

2. 生活状況

食事	食欲傾向（多め・普通・少なめ） 好きなもの 嫌いなもの	普段の食事形態	食事に制限がある場合は具体的にご記入ください。 食物アレルギー なし・あり（ ） ありの場合は食物アレルギー疾患生活管理指導表の写しを添付してください。
	1日 回 便性（普通・硬め・柔らかめ）	睡眠傾向	お昼寝（約 時間） 寝るときの癖 うつぶせ・仰向け 寝かせかたは？

裏面もあります。

好きな遊び	・好きな遊び ・嫌いなこと・不快なことは？
その他	・伝えておきたいこと等

3. 予防接種

BCG	年	月	MR	1回目	年	月	・2回目	年	月			
四種混合	I期1回目	年	月	・2回目	年	月	・3回目	年	月	・I期追加	年	月
五種混合	I期1回目	年	月	・2回目	年	月	・3回目	年	月	・I期追加	年	月
水痘	年	月	流行性耳下腺炎（おたふく）				年	月				
肺炎球菌	1回目	年	月	・2回目	年	月	・3回目	年	月	・追加	年	月
ヒブ	1回目	年	月	・2回目	年	月	・3回目	年	月	・追加	年	月
その他												

4. その他 健康状態（常備薬・体質傾向・けが等）

--