

病児保育利用カード

ID _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ				愛称	性別	生年月日		
児童氏名					男・女	平成	年 月 日	
郵便番号	〒 _____							
住所								
電話番号(自宅)				<input type="checkbox"/>	←優先連絡先がある場合、どちらかにチェック			
電話番号(携帯)				<input type="checkbox"/>				
家族構成								
氏名	生年月日		続柄	勤務先・通学先		電話番号		
	大・昭・平 年 月 日							
	大・昭・平 年 月 日							
	大・昭・平 年 月 日							
	大・昭・平 年 月 日							
	大・昭・平 年 月 日							
災害時等緊急時引取人(父母以外)								
	氏名		続柄	住所		電話番号		
第一引取人								
第二引取人								
生活状況								
健診の状況	<input type="checkbox"/> 4ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 6ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 1歳6カ月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児検診 <input type="checkbox"/> その他()							
	受診時、指導は受けましたか。 <input type="checkbox"/> 受けました。 <input type="checkbox"/> 受けていません。 受けた方は、内容を記入してください。							
治療中の病気				かかりつけの病院				
医師の処方による常用の薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()							
体質	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他()							
食事	早い/遅い 規則的/不規則 食べさせてもらう/一人で食べる (食事量)多い/少ない スプーン・フォークで食べる/箸で食べる							
	好きな食べ物							
	好きな飲み物							
	ミルクの量			1回(ml) を 1日(回)				
	離乳食の方			<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 具体的に()				
	嫌いな食べ物							
睡眠	就寝時間(時頃～ 時頃)			昼寝時間(時頃～ 時頃)				
	<input type="checkbox"/> 抱くと寝る <input type="checkbox"/> とんとんで寝る <input type="checkbox"/> その他()							
排泄	トイレ			<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 時々もろすが出来る <input type="checkbox"/> 教える				
	オムツ			<input type="checkbox"/> 常に使用 <input type="checkbox"/> 就寝時のみ使用 <input type="checkbox"/> 大便時のみ使用				
	その他							
着脱	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 手伝えば出来る <input type="checkbox"/> やろうとする <input type="checkbox"/> 出来ない							
性格								
好きな遊び・おもちゃ・絵本・キャラクター等								
要望								