

児童票 （児童の健康状態等について）

【 】 内の当てはまるものに○印をお書きください。

児童氏名

予 防 接 種	これまでに行った予防接種に○印をおつけください。 BCG ポリオ〔生ワクチン、不活化ワクチン〕（1回目・2回目・3回目） 三種混合（Ⅰ期1回・2回・3回 追加） 四種混合（Ⅰ期1回・2回・3回 追加） MRワクチン〔麻疹風疹混合〕（Ⅰ期・Ⅱ期） 麻疹 風疹 日本脳炎 おたふくかぜ 水痘 ・ インフルエンザ（ 年 月接種） 肺炎球菌 Hib ロタウィルス B型肝炎 その他（ ）
病 歴	これまでにかった病気に○印をおつけください。 水痘 ・ おたふくかぜ ・ はしか ・ 風疹 ・ 百日咳 ・ 熱性けいれん（これまでに 回） その他（ ）
治 療 中 の 病 気	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等、治療中の病気がありますか。 【 なし ・ あり （病名： ） 】 ありとお答えの方は、常時服用しているお薬があれば、具体的にお書きください。
ア レ ル ギ ー	薬物・アレルギーがありますか。ありとお答えの方は、具体的にお書き下さい。 【 なし ・ あり （具体的に： ） 】
お 薬	お薬は嫌がらずに飲めますか。【 嫌がらずに飲める ・ 嫌がり飲むのが大変 】 お薬の飲ませ方について、具体的にお書きください。（スプーン・スポイトで等）
食 事	普段の食事量はいかがですか。 【 旺盛 ・ 普通 ・ 食が細い ・ ムラがある ・ その他（ ） 】 ミルクは飲んでいますか。※はいとお答えの方は、具体的にお書きください。〔何時頃、どのくらい〕 【 いいえ ・ はい （具体的に： ） 】 発熱・嘔吐の時など、水分補給はとても重要です。病気の際にも、好んで摂取できる飲み物は何ですか。 【 イオン飲料・ジュース・ミルク・麦茶・水・その他（ ） 】 普段は何で飲んでいますか。【哺乳瓶で・ストローで・コップで・その他（ ） 】
排 泄	排泄についてお書きください。 【オムツ使用・トイレ使用・午睡時のみオムツ使用・トレーニング中（具体的に： ） 】 その他（排泄回数が多い・少ない）、配慮して欲しいことがあれば、具体的にお書きください。
午 睡	午睡（午前寝・お昼寝）について、具体的にお書きください。 平均して何時頃から何時間ぐらい？（ ） 寝つく時のくせ等ありますか？（タオルを持って・抱っこで等、具体的に）
遊 び	遊びの様子について具体的にお書きください。 どんな遊びが好きですか？（ ） お気に入りの玩具で安心できるもの（抱っこ・おんぶ・歌等含む）ありますか？ その他（他児との関わり含め）、配慮して欲しいことがあれば、具体的にお書きください。
そ の 他	体質や病気のことで心配なこと・配慮して欲しいことを、具体的にお書きください。また、心身の障がいのあるお子さんの場合は、十分な保育ができない場合がありますので、状況をお書きください。

令和 年 月 日
学園みらい保育園