様式第5号（第5関係）

**病児保育児童確認票**

　保護者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ　　　　　　　　　　　　　　男  児童氏名　　　　　　　　　　　　　　女 | | 生 年  月 日 | 年　　　月　　　日生  (　　歳　　か月) | 備　　考 |
| かかりつけ医 | 内科：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話  外科：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | |  |
| 生活状況 | 平　　　熱　　　　　　℃  衣服の着脱　　できない・　できる（例：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  食事内容　　授乳中（ 母乳・人工・混合　　１回：　　CC×　　回）  　　　　　　　離乳食（ドロドロ・舌でつぶせる・歯ぐきでつぶせる・歯でかめる）  　　　　　　　普通食  食事補助　　できない・手伝い必要・できる  排泄　　オムツ使用・手伝い必要・一人できる  好きな遊び　　（例：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  送迎　　送迎する人（父・母・祖父・祖母・その他（　　　　　　　　　 ）） | | |  |
| 食品 | ・嫌いな食べ物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・アトピー・アレルギー  　　なし・あり（原因物質：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・除去食の必要　なし・あり（対応：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・アナフィラキシーショック  なし・あり（対応：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |
| 持病・障害 | ・持病　なし・あり  （病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （対応方法： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・障害　なし・あり  （障害名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （対応方法：　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  　　　　　　 （手帳　なし・あり　身体障害者手帳（等級　　）・療育手帳（等級　　）） | | |  |
| 既往歴 | 突発性発疹　　麻しん(はしか)　　水痘(水ぼうそう)　　風しん　　百日咳  喘息　　おたふくかぜ　　川崎病　　手足口病　　肺炎　　股関節脱臼　　湿疹  りんご病　　熱性けいれん　　結核　　心疾患　　腎疾患　　アトピー性皮膚炎  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　) | | |  |
| 予防接種 | 四種混合　　　　　　未　・　１回　・　２回　・　３回　・　追加  ポリオ（生・不活化）　 未　・　１回　・　２回  三種混合　　　　　　未　・　１回　・　２回　・　３回　・　追加  麻しん・風しん　　　未　・　１回　・　２回  日本脳炎　　　　　　未　・　１回　・　２回　・　追加  ＢＣＧ　　　　　　　未　・　済  ヒブ　　　　　　　　未　・　１回　・　２回　・　３回　・　追加  小児用肺炎球菌　　　未　・　１回　・　２回　・　３回　・　追加  水痘　　　　　　　　未　・　１回　・　２回  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | | |  |
| その他 | 連絡事項（くせや心配な事、配慮してほしい事について具体的にお書きください） | | |  |