

病児保育 一 個人記録票

配達薬局	
もみの木	スエ

記載年月日 年 月 日

登 録 児 童	児 童 氏 名		性別	続柄	生 年 月 日	
	ふりがな		男 女	第 子	平成・令和 年 月 日 生	
	住 所					
	利用施設名		保育所 こども園 幼稚園 小学校			
	※ アレルギーはありますか？					
	<u>食物アレルギー</u> ☐ あり ☐ なし		要因となる食物	発症した時の症状		アナフィラキシー の有無 ☐ あり ☐ なし
	<u>薬のアレルギー</u> ☐ あり ☐ なし		要因となる薬物	発症した時の症状		アナフィラキシー の有無 ☐ あり ☐ なし
	※ 熱性けいれんはありますか？					
	☐ あり ☐ なし		() 回 最後は (歳 ヶ月) ダイアアップ坐剤 使用 ☐ 無 ☐ 有 (4mg 6 mg 10mg) 使用中			
	○ 上記の事で医師の指示を受けていますか？ ・受けている (医療機関名) 前回診察 年 月 ・受けていない					
緊急連絡先 ※ 必ず連絡がつく電話番号をご記入ください。						
①	氏名 () 続柄 ()		携帯番号：		勤務先名： 電話番号：	
②	氏名 () 続柄 ()		携帯番号：		勤務先名： 電話番号：	

裏面につづく

接種済みの場合は、接種回数に応じて☑をしてください。

予 防 接 種	定 期	BCG	☐	定 期	B型肝炎	☐ ☐ ☐	
		4種混合	☐ ☐ ☐ ☐		水痘	☐ ☐	
		MR (麻疹・風疹混合)	☐ ☐		ロタ	☐ ☐ (☐)	
			日本脳炎	☐ ☐ ☐ ☐	任 意	おたふくかぜ	☐ ☐
			ヒブ	☐ ☐ ☐ ☐		インフルエンザ	☐ ☐ 接種日 (.)
			肺炎球菌	☐ ☐ ☐ ☐		その他 ()	
かかった病気		☐ 突発性発疹 ☐ はしか ☐ 風疹 ☐ 水ぼうそう ☐ おたふくかぜ ☐ 溶連菌感染症 ☐ 川崎病 ☐ その他 ()					
かかりやすい病気		☐ 中耳炎 ☐ クループ症候群 ☐ 気管支喘息 ☐ 喘息様気管支炎 ☐ 気管支炎 ☐ じんま疹 ☐ その他 ()					
継続して服用している薬		☐ なし ☐ あり ()					
出生時の異常		☐ なし ☐ あり ()					
発育・発達		☐ 異常なし ☐ 検診で指導あり ☐ 経過観察中					
※お子さんの体質や性格などで心配なこと、配慮が必要なことがあれば具体的にお書きください。							

新年度更新確認			
令和 6 年度		令和10年度	
7 年度		11年度	
8 年度		12年度	
9 年度		13年度	