

病児保育室 児童票

つくばスマイル保育園

令和 年 月 日 記入

ふりがな 氏名		男・女	愛称
生年月日	年 月 日生(歳 ヶ月・第 子)		
住所			
保護者	氏名	氏名	
	電話番号	電話番号	
普段飲んでる薬	なし・あり (内容:)	アレルギー	なし・あり 牛乳、卵、大豆、小麦、そば その他() 症状()
かかったことのある病気	脱臼	いいえ	はい 部位()
	熱性けいれん	いいえ	はい(回) 初回(歳 ヶ月)最近(歳 ヶ月)
	てんかん	いいえ	はい 初回(歳 ヶ月)最近(歳 ヶ月)
	喘息	いいえ	はい 何歳の時()最終発作(歳 ヶ月)
	アトピー性皮膚炎	いいえ	はい 部位()
	入院歴	なし・あり	(歳 ヶ月 病名) (歳 ヶ月 病名) (歳 ヶ月 病名)

＜心配なことや配慮してほしいことがあればご記入ください＞

食事	
睡眠	
排泄	
その他	

記入者名: _____