

カルテNo.()
登録番号()

みどりキッズ(病児保育室)児童表

交付日 年 月 日 記入者名

氏名	ふりがな		男	生年月日	年	月	日
	父・氏名		(歳)	お子さんの愛称			
	母・氏名		(歳)				
保護者	自宅(〒)		自宅電話				
	兄弟		父	歳(男・女)	母	歳(男・女)	歳(男・女)
職業	父		電話		携帯電話		続柄()
	①		勤務先		携帯電話		続柄()
緊急連絡先	②		電話		勤務先		続柄()
	保育園名		電話				
主治医名		電話					
周産期	生下児体重		g				
	妊娠・出産時の異常		なし・あり()				
予防接種	(接種済みのワクチンを○で囲んで下さい)						
	水痘(みずぼうそう)		1回目	2回目			
感染症歴	百日咳		歳	ヶ月			
	その他(具体的に)						
これまでの病気							

常時内服している薬	具体的に記入ください
食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的に記入ください	
食事	好き嫌い: なし・あり 嫌いな食べもの() 好きな食べもの()
生活習慣	睡眠、排泄、薬、くせ等について配慮してほしいことがあれば、記入ください
その他	何かございましたら、ご記入ください