

滝川市病後児保育事業調査表

（表 面）

記入日

年 月 日

記入者氏名

フリガナ 児童氏名				性別	入所保育所名	保育所		
				男・女	現住所			
生年月日	年 月 日生 歳 か月			電話番号	自宅	携帯 父 母		
健康 保険証	種類				乳幼児医療			
	記号		番号		ひとり親医療			
かかりつけの病院	小児科			TEL		外科		
緊急時の 連絡場所	1			出 生	分 娩	正常		
	TEL					手術	かんし	さかご
血液型	2			胎生期間	週			
	TEL				体重	g	身長	cm
日常の 健康状態	平常の体温	度 分		栄 養		母乳・混合・人工		
	下痢しやすい・よく吐く			発 育		優 ・ 良 ・ 可		
	便秘しやすい・湿疹			歩 き 始 め		歳 か月		
	脱臼（部位 ） ひきつけ・てんかん・喘息			オムツの取れた時		歳 か月		
	入院したか（あり・なし）			健康面で気をつけていること				
今までにか かったこと のある病気	はしか・おたふくかぜ・風疹 水ぼうそう・熱性けいれん その他（ ）			接 種 し た 予 防 接 種		ポリオ・三種混合 BCG・はしか・おたふくかぜ 風疹・水ぼうそう		
アレルギー 性疾患につ いて	1 アレルギー（あり・なし）			2 診断（済・未済）		3 薬アレルギー（あり・なし）		
	・アレルギーの症状（ ）			・アレルギー（ ）			・食べさせて困るもの（ ）	
・その他（ ）								
通所方法	徒歩・自転車・自動車・バス			家庭での呼び名				

裏面も記入してください。

