

児童票

記入日	年 月 日	記入者氏名	(続柄)			
ふりがな 児童氏名	男・女 愛称()	生年月日	令和 平成 年 月 日 (才 ヶ月)			
住所	〒 自宅電話番号 ()					
日常の 保育状態	<input type="checkbox"/> 許可保育所に通所(施設名: 保育園) <input type="checkbox"/> その他の保育施設に通所(施設名:) <input type="checkbox"/> 幼稚園に通園 (施設名: 幼稚園) <input type="checkbox"/> 保護者が家庭で保育 <input type="checkbox"/> 小学校に通学 (施設名: 小学校 学年)					
家 庭 状 況	(ふりがな) 氏 名	続柄	年齢	勤務先名	勤務先住所	勤務先Tel
	()	父				
	()	母				
	()					
	()					

緊急時の 連絡先	①氏名()	続柄: ()	連絡先名()	Tel ()
	②氏名()	続柄: ()	連絡先名()	Tel ()

健康保険証番号	記号	番号	保険者番号
---------	----	----	-------

アレルギー	・有→品目() 症状() ※エピペン有り・無し ・無		
-------	------------------------------------	--	--

普 食 段 の 生 活	乳	栄養法 (母乳・人工栄養・混合)	1回 ()ml	1日 ()回
	離乳食	(前期・初期・中期・後期)	1日 ()回	(朝・昼・夕)
	幼	好きなもの()	嫌いなもの()	離乳完了 (ヶ月)
	児	食欲 (旺盛・普通・小食)	食事形態 (ひとりで食べる・食べさせてもらっている)	
	排泄	(・すべておむつ・トイレトレーニング中・寝ている時だけおむつ・自立している) * 排泄の予告 (有・無)		
睡眠	睡眠時間 (昼 : ~ :) (夜 : ~ :) 寝つき (良い・悪い) 寝るときの様子や癖 () 寝起き (良い・悪い)			
(^o^) 好きな遊びや遊び道具				

	予 防 接 種	既 往 歴	(- ;) かったことのある病気
四種混合	未・済 (回)		・インフルエンザ ・手足口病 ・ロタウイルス胃腸炎 ・はやり目 ・伝染性紅斑(りんご病) ・とびひ ・流行性嘔吐下痢症 ・熱性けいれん ・突発性発疹 ・中耳炎 ・RSウイルス・その他 () ◎特記事項(入院など)
B C G	未・済		
日本脳炎	未・済 (回)		
麻疹風疹	未・済 (回)	無・有 (才)	
水ぼうそう	未・済	無・有 (才)	
おたふくかぜ	未・済	無・有 (才)	
Hib	未・済 (回)		
B型肝炎	未・済 (回)		
肺炎球菌	未・済 (回)		
ロタウイルス	未・済 (回)		

氏名		(歳 月)	令和 年 月 日 (曜日)
★今回の症状または病名() 発症日(月 日) みてもらった病院() お薬は出ましたか(出た・出ない) 処方内容() ()		★お迎えの予定時間(時) どなたのお迎えですか() * 本日の緊急連絡先をお書き下さい (氏名) TEL ※病状の悪化時は連絡します ◎ご意見・ご要望・本日聞きたいこと	
★最近感染症の子どもさんと接触がありましたか (あった・ない) その病名は何ですか()			
★最近1ヶ月以内にかかった病気はありますか (病名)(月 日頃)			
★今年度インフルエンザの予防接種はしましたか (未・済)			
昨夜の熱 時 °C	今朝の 服薬時間 (時)	朝食(食べたもの) またはミルクの時間	現在の症状 ・発熱 ・咳 ・鼻水 ・のどの痛み ・頭痛 ・腹痛 ・下痢 ・嘔吐 ・吐き気 ・食欲低下 ・発疹 ・けいれん ・目やに ・アレルギー ・その他() * 排便の状態(水様便、泥状便、軟便、普通便、硬便) 最後にしたのはいつですか(月 日 時頃) ※水様便の場合は保育不可となります。
今朝の熱 時 °C	熱さまし 最終 (時)	水分は取れていますか ()	
熱	内服	食事	本日の経過
		おやつ	
		食事 ()	
		禁止()	
		おやつ	

病児保育事業の広域利用に関する協定締結市町長 様
 (盛岡市, 滝沢市, 矢巾町)

申込者 住 所
 (フリガナ)
 氏 名
 電 話

病児保育事業利用申込書

病児保育事業を利用したいので、次のとおり申込みます。また、病児保育事業費用負担決定に必要な世帯状況及び課税状況について照会することを承諾します。

児童氏名	続柄	生年月日	年齢	現在の保育状況
(フリガナ)		年 月 日	歳	1 保育所等 (保育所等名:) 2 家庭 3 その他 ()
(男・女)				
平常の健康状態	1 良 2 発育上心配な事項 ()			
現在の健康状態	1 風邪 2 胃腸炎 3 溶連菌感染症 4 その他 ()			
利用を希望する施設	たんぼぼ病児保育所			
利用を希望する理由	仕事・傷病・出産・冠婚葬祭・その他 ()			
利用を希望する日	年 月 日 ()			
利用を希望する時間	時 分から 時 分まで			

※記名押印に代えて署名することができます。※ 保育所入所児童の場合は、以下の欄は記入不要です。

家族の状況	氏 名	続柄	生年月日	年齢	勤務先等 (電話番号)
		父	. .		
		母	. .		
			. .		
			. .		
			. .		
①生活保護・ 中国残留邦人支援給付		<input type="checkbox"/> 受けている		<input type="checkbox"/> 受けていない	
②母(父)子・障がい者世帯		<input type="checkbox"/> 母(父)子世帯である		<input type="checkbox"/> 障がい者世帯である	