

年 月 日

病児保育事業児童状況票

事業実施者 様

申込者（保護者）氏名

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童名		男・女	年 月 日	歳 か月
予防接種接種回数（該当するものに○をつけてください）				
H i bワクチン	1・2・3・追加	おたふくかぜ	1・2	
小児肺炎球菌	1・2・3・追加	日本脳炎	1・2	
B 型 肝 炎	1・2・3	ポリオ	1・2・3・4	
ロタウィルス	1・2・3	三種混合	I期1・2・3・追加	
四 種 混 合	I期1・2・3・追加	インフルエンザ	最終接種： 年 月 日	
B C G	未・済	その他予防接種を受けている場合ご記入ください		
MR（麻疹・風疹）	I期・II期			
水痘（水ぼうそう）	1・2			
感染症歴	突発性発疹		なし・ 歳 か月	
	麻疹（はしか）		なし・ 歳 か月	
	おたふくかぜ		なし・ 歳 か月	
	水痘（水ぼうそう）		なし・ 歳 か月	
	風疹（ふうしん）		なし・ 歳 か月	
	百日咳		なし・ 歳 か月	
	その他（病名： ）		なし・ 歳 か月	
下記項目の該当するものに○をつけてください。				
質問項目	質問項目で「あり」に○がついたものは詳細もご記入ください。			
熱性けいれん	初回 歳 か月・最近 歳 か月（過去 回程度）			
なし・あり	予防薬：あり・なし 予防薬の名称：			
基礎疾患	基礎疾患の詳細			
なし・あり				
アレルギー	除去食品：			
なし・あり	食べてしまった時の症状：			
常用薬	常用薬の名称：			
なし・あり	薬に関する連絡事項			