年　　月　　日

流山市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

病児保育事業を利用する児童の状況は次のとおりです。また、適切な病児保育の実施を行うために、児童状況票の情報を流山市に提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（該当するものに〇をつけてください） |
| Ｈｉｂ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 |
| ＢＣＧ | 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〇をつけてください。 |
| 質問項目 | 質問項目で「あり」に〇がついたものは詳細もご記入ください。 |
| 熱性けいれんなし　・　あり | 初回　　　歳　　か月・最近　　　歳　　か月（過去　　　回程度） |
| 予防薬：　あり　・　なし　　予防薬の名前： |
| 基礎疾患なし　・　あり | 基礎疾患の詳細 |
| アレルギーなし　・　あり | 除去食品： |
| 食べてしまった時の症状： |
| 常用薬なし　・　あり | 常用薬の名前： |
| 薬に関する連絡事項 |