

保津川ひよこ保育園では、看護師が勤務しています。保育中に体調を崩されたお子さま、病児保育が必要なお子さまは
 体調不良児室・病児室にて保育園ナース・保育士が保育看護をさせていただきます。

保育園ナースの判断により「緊急」を要する症状については、保護者さまにご連絡を差し上げます。

また、日々のお子さまの体調などに関するご相談にも対応いたしますので、なにかご不安なことがあれば、お声掛けください。



記入日： 年 月 日			
【園児名】 ふりがな	【愛称】	【性別】 男 ・ 女	【生年月日】 年 月 日生 (歳 ヶ月)
【自宅住所】 (〒 -)			
【かかりつけ医】 医療機関名：		担当医： 先生	
保 護 者	ふりがな 氏名 (続柄)	携帯番号	勤務先番号
	ふりがな 氏名 (続柄)	携帯番号	勤務先番号
予 防 接 種 (ワ ク チ ン)	B型肝炎	□無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日)	
	H i b	□無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日) □追加 (年 月 日)	
	小児用 肺炎球菌	□無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日) □追加 (年 月 日)	
	□タウウィルス	□無 1価 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) 5価 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日)	
	百日咳	四種混合DPT-I P V □無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日) □追加 (年 月 日)	
	ジフテリア	三種混合DPT □無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日) □追加 (年 月 日)	
	破傷風	□無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日) □追加 (年 月 日)	
	ポリオ	不活化ポリオ □無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日) □追加 (年 月 日)	
	生ポリオ	□無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日)	
	BCG	□無 □済 (年 月 日)	
はしか 風疹	MR (麻疹・風疹) □無 □1期 (年 月 日) □2期 (年 月 日) または はしか (麻疹) □無 □1期 (年 月 日) □2期 (年 月 日) 風疹 □無 □1期 (年 月 日) □2期 (年 月 日)		
水痘	□無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日)		
おたふくかせ	□無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日)		
インフルエンザ	□昨年 □無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日)		
健 康 状 況	出生時の異常	□あり 詳細	
	突発性発疹	□済	
	熱性 けいれん	□あり これまでの回数 回 初回 歳 ヶ月 最後 歳 ヶ月 医師の指示	
	アレルギー	□無 □有 原因物質 () 検査 済・未 □除去食の必要 あり・なし (内容:) □アナフィラキシーショック あり・なし	
	アトピー	アトピー ・喘息 ・花粉 ・(その他)	
こ れ ま で の 病 気	病名①	歳 ヶ月	□入院
	病名②	歳 ヶ月	□入院
	病名③	歳 ヶ月	□入院
薬 服用	常用している薬 (内服薬・塗り薬・吸入薬など具体的に)		