

緊急連絡票

児童氏名				性別	男 ・ 女	生年月日	平成・令和	年	月	日
保護者 氏 名		ふりがな		現住所	碧南市 町 丁目 番地					
				電話番号	自宅					
第 一	氏名				児童との続柄					
	勤務先				第1連絡先					
	第2連絡先				第3連絡先					
	連絡先から保育所等までの所要時間およびその方法 約 分 (約 km) 徒歩・自転車・車・バス・電車・その他 ()									
第 二	氏名				児童との続柄					
	勤務先				第1連絡先					
	第2連絡先				第3連絡先					
	連絡先から保育所等までの所要時間およびその方法 約 分 (約 km) 徒歩・自転車・車・バス・電車・その他 ()									
自宅から保育所等までの地図（自宅から保育所までの経路を赤線で記入してください。） ※目印を記入してください。										
かかりつけの医院・病院及び電話番号				内科 電話						
				外科 電話						

健康の記録

児童氏名

生 育 歴	出産の状況：正常分娩（帝王切開・吸引分娩・鉗子分娩・逆子・仮死・その他）						
	妊娠期間：週		首のすわり：か月		はいはい：か月		
	出産時体重：g		寝返り：か月		歯のはえ始め：歳 か月		
	栄養法：母乳・混合・人工		人見知り：か月		歩き始め：歳 か月		
	離乳食開始：か月		おすわり：か月		言葉の出始め：歳 か月		
か か っ た 病 気	百日咳	水痘 (水ぼうそう)	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	麻しん (はしか)	風しん (三日はしか)	その他	
	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	
予 防 接 種 歴	ヒブ(インフルエンザ菌b型)		小児用肺炎球菌	四種混合 (DPT-IPV)	B型肝炎	ロタウィルス	その他
	1回目 年 月	1回目 年 月	1回目 年 月	1回目 年 月	1回目 年 月	1回目 年 月	予防接種名
	2回目 年 月	2回目 年 月	2回目 年 月	2回目 年 月	2回目 年 月	2回目 年 月	年 月
	3回目 年 月	3回目 年 月	3回目 年 月	3回目 年 月	3回目 年 月	3回目 年 月	予防接種名
	4回目 年 月	4回目 年 月	4回目 年 月	4回目 年 月	日本脳炎	おたふくかぜ	年 月
	BCG		麻しん・風しん (MR)	水痘 (水ぼうそう)	1回目 年 月	1回目 年 月	予防接種名
	年 月	1回目 年 月 2回目 年 月	1回目 年 月 2回目 年 月	2回目 年 月 3回目 年 月	2回目 年 月	2回目 年 月	年 月
健 診 状 況	3か月児健診		受けた・受けない・保健師に言われたこと（）				
	1歳6か月児健診		受けた・受けない・保健師に言われたこと（）				
	3歳児健診		受けた・受けない・保健師に言われたこと（）				
	その他（ か月）		受けた・受けない・保健師に言われたこと（）				
健 康 の 状 態	病 気 ・ 疾 患 等					対応の仕方（投薬等）	
	かかりやすい 病気	無・有	風邪 気管支炎 下痢 便秘 嘔吐 扁桃腺炎 中耳炎 骨折 脱臼（部位： ） その他（ ）				
	アレルギー性 疾患	無・有	ぜんそく アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 結膜炎 じんましん その他（ ） 医師の指導（無・有） 治療開始時期（令和 年 月） アレルゲン：ちり ダニ 花粉 動物の毛 牛乳 卵 鶏肉 豚肉 大豆 その他（ ） 除去食（無・有） アナフィラキシー（無・有） 卵 牛乳 小麦 大豆 その他（ ）				エピペン使用 無・有
	その他の 慢性疾患	無・有	熱性けいれん 回（ 年 月・ 年 月） 心臓疾患（病名： 定期受診：無・有） ヘルニア（経過観察中・手術予定・手術済） 部位（ ） その他（ ）				けいれん止め坐薬使用 無・有
	四肢の異常	無・有	腕や脚を動かすと痛みがある その他（ ）				
	視覚の異常	無・有	遠視 近視 弱視 斜視 眼鏡使用：無・有				
	聴覚の異常	無・有	聞こえが悪い 難聴（右・左・両方） 定期受診：無・有				
	平熱	℃					