

児童票

登録番号

年 月 日記入

登録児童	ふりがな 児童氏名				生年月日				愛称		
					西暦 年 月 日 (歳 ヲ月)						
	自宅住所		(〒 -)								
	学校・保育園										
	かかりつけ医		連絡先:								
家族構成同居	氏名		続柄	年齢	緊急連絡先 ※必ず繋がる連絡先をご記入ください。						
					①保護者 続柄 ()	勤務先名:		連絡先:			
						携帯:		駅:		時間:	
					②保護者 続柄 ()	勤務先名:		連絡先:			
						携帯:		駅:		時間:	
				③その他 ()	氏名:						
					携帯:						
予防接種	Hib(ヒブ)	1回	年 月	四種混合	1回	年 月	日本脳炎	1回	年 月	母風疹抗体 有・無	
		2回	年 月		2回	年 月		2回	年 月		
		3回	年 月		3回	年 月		追加	年 月		
		追加	年 月		追加	年 月		3回	年 月		
	肺炎球菌	1回	年 月	BCG		年 月	口 夕	1回	年 月		
		2回	年 月	MR	1回	年 月		2回	年 月		
		3回	年 月	風疹麻疹	2回	年 月		3回	年 月		
		追加	年 月	水痘	1回	年 月	おたふくかぜ	1回	年 月		
	B型肝炎	1回	年 月		2回	年 月		2回	年 月		
		2回	年 月				その他の接種		年 月		
	3回	年 月						年 月			
感染症	麻疹		年 月	流行性耳下腺炎		年 月	B型肝炎		年 月	RSウイルス	年 月
	風疹		年 月	突発性発疹		年 月	伝染性紅斑		年 月	百日咳	年 月
病歴	熱性けいれん	無・有	初回(歳 ヲ月)	最終(歳 ヲ月)	計 ____回						
	その他けいれん	無・有	初回(歳 ヲ月)	最終(歳 ヲ月)	計 ____回						
	喘息	無・有	薬 ()								
	アレルギー	無・有	アレルギー() 食事制限() 薬()								
	その他										

【起こしやすい病気】 鼻血流血・下痢・脱臼・じんましん・鼻炎・喘息様気管支炎・中耳炎・その他()

【その他(体質やくせなどの心配事・保育時に配慮してほしいことについて)】