

児童票

登録番号	
------	--

年月日記入

登録児童	児童氏名 (child's name)				生年月日 (Date of Birth)		愛称						
					西暦 (年 歳 ヶ月) male/Female 男・女 year and month old								
	自宅住所 (Home address)	(〒 -)											
	学校・保育園 (School name)												
	かかりつけ医 (Primary care doctor)	連絡先:											
家族構成同居	氏名 (Family name)		続柄 (relation ship)	年齢 (Age)	緊急連絡先 ※必ず繋がる連絡先をご記入ください。 (emergency contact)								
					①保護者 勤務先名: 統柄 () (Workplace name)								
					②保護者 勤務先名: 統柄 () (Workplace name)								
					③その他 氏名: 携帯:								
					携帯:								
予防接種	Hib (ヒブ)	1回	year 年	month 月	四種混合 (Quadruple vaccine) (五種混合) (Pentavalent vaccine)	1回	year 年	month 月	日本脳炎 (Japanese encephalitis)	1回	year 年	month 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					
	肺炎球菌 (pneumococcus)	1回	year 年	month 月	BCG	1回	year 年	month 月	口 夕 (rotavirus)	1回	year 年	month 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					
	B型肝炎 (hepatitis B)	1回	year 年	month 月	MR 風疹麻疹 水痘 (chickenpox)	1回	year 年	month 月	おたふくかぜ (Mumps)	1回	year 年	month 月	
		2回	年	月		2回	年	月					
3回		年	月	2回		年	月						
感染症	麻疹 (measles)	year 年	month 月	流行性耳下腺炎 (Mumps)	年	月	B型肝炎 (hepatitis B)	年	月	RSウイルス (RS virus)	年	月	
	風疹 (rubella)	年	月	突発性発疹 (roseola infantum)	年	月	伝染性紅斑 (Erythema infectiosum)	年	月	百日咳 (whooping cough)	年	月	
病歴	熱性けいれん (Febrile convulsions)	無・有 (No/Yes)	初回(	歳 ヶ月)	最終(	歳 ヶ月)	計	回			
	その他けいれん (Other convulsions)	無・有	初回(	歳 ヶ月)	最終(	歳 ヶ月)	計	回			
	喘息 (asthma)	無・有	薬 ())					
	アレルギー (allergy)	無・有	アレルゲン (allergen)	)	食事制限 (dietary restrictions)	)	薬 (medicine))			
	その他 (others)												

【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)】