

児童票

登録番号

年 月 日記入

登録児童	ふりがな 児 童 氏 名 (child`s name)				生 年 月 日 (Date of Birth)				愛 称					
					西暦 年 月 日 (歳 ヶ月) <small>year and month old</small>									
	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: 続柄 (Workplace name) () 携帯: (Phone number) 駅: (Station) 時間: (commuting time)									
					②保護者 勤務先名: 続柄 (Workplace name) () 携帯: (Phone number) 駅: (Station) 時間: (commuting time)									
					③その他 氏 名: () 携帯:									
予防接種	Hib (ヒブ)		1回	year month 年 月	四種混合 (Quadruple vaccine)		1回	year month 年 月	日本脳炎 (Japanese encephalitis)		1回	year month 年 月		
			2回	年 月	(五種混合) (Pentavalent vaccine)		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 (pneumococcus)		1回	year month 年 月	BCG			year month 年 月	ロ タ (rotavirus)		1回	year month 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	year month 年 月	おたふくかぜ (Mumps)		1回	year month 年 月		
	B型肝炎 (hepatitis B)		1回	year month 年 月	(chickenpox)		2回	年 月			2回	年 月		
			2回	年 月					その他の接種 (others)		year month 年 月			
			3回	年 月							年 月			
	感染症	麻疹 (measles) year month 年 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) (month old)	最終 (歳 ヶ月) (month old)		計 ____ 回							
	その他けいれん (Other convulsions)		無・有	初回 (歳 ヶ月) (month old)	最終 (歳 ヶ月) (month old)		計 ____ 回							
	喘息 (asthma)		無・有	薬 ()										
	アレルギー (allergy)		無・有	アレルギー (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)】