

児童票

記入日： 年 月 日

病児・病後児保育室 いながき

ふりがな 氏名 男・女	生年月日 年 月 日 歳 ヶ月
住所： 緊急時の施設までの所要時間：手段() 時間 分	かかりつけ医： 先生 電話番号：
学校・保育園：	緊急連絡先： ① : 続柄 () ② : 続柄 ()

予 防 接 種 歴	① 三種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風）・四種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ） 1回目： 年 月 2回目： 年 月 3回目： 年 月 I期追加： 年 月 II期追加： 年 月
	② MR（麻疹・風疹） I期： 年 月 II期： 年 月
	③ Hib 1回目： 年 月 2回目： 年 月 3回目： 年 月 4回目： 年 月
	④ 肺炎球菌 1回目： 年 月 2回目： 年 月 3回目： 年 月 4回目： 年 月
	⑤ 日本脳炎 1回目： 年 月 2回目： 年 月 3回目： 年 月 4回目： 年 月
	⑥ B型肝炎ウイルスワクチン 1回目： 年 月 2回目： 年 月 3回目： 年 月
	⑦ ロタワクチンウイルス 1回目： 年 月 2回目： 年 月 3回目： 年 月
	⑧ 流行性耳下腺炎（おたふく） 年 月
	⑨ BCG 年 月
	⑩ 不活化ポリオ 1回目： 年 月 2回目： 年 月 3回目： 年 月 4回目： 年 月
⑪ 水痘（みずぼうそう） 年 月	
⑫ ポリオ 1回目： 年 月 2回目： 年 月	
⑬ その他	

【これまでの病気】

【感染症】 無 ・ 有 歳 ヶ月： 歳 ヶ月： 歳 ヶ月：	【熱性けいれん】 無 ・ 有 回数： 回 最終： 年 月 日 脳波検査： 無 ・ 有	【喘息】 無 ・ 有 ⇒薬： 【喘息用気管支炎】 無 ・ 有 ⇒薬：
【アトピー性皮膚炎】 無 ・ 有	【食物アレルギー】 無 ・ 有 アレルゲン： 食事制限の有無： 無 ・ 有	【その他】
【入院歴】 いつ： 年 月 歳 診断名： いつ： 年 月 歳 診断名：		
【その他/体質や心配な事】		