

# 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	
		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	
	風疹		年 月	突発性発疹		年 月	伝染性紅斑		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)】