

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 ヶ月)									
	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		(五種混合)	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 タ	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 ヶ月)		最終 (歳 ヶ月)		計 ____回						
	その他けいれん		無・有	初回 (歳 ヶ月)		最終 (歳 ヶ月)		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)】