

# 児童票

年 月 日

|             |                   |                             |      |        |              |       |
|-------------|-------------------|-----------------------------|------|--------|--------------|-------|
| 登録番号        |                   |                             |      |        |              |       |
| ふりがな        |                   |                             |      | 生年月日   |              |       |
| 氏名          |                   |                             |      | 男<br>女 | お子さんの愛称      |       |
| 保護者         | 氏名                |                             |      | 続柄     |              |       |
|             | 自宅住所              | 〒                           |      |        |              |       |
|             | 電話番号              |                             |      |        |              |       |
| 緊急連絡先       | ①                 | 氏名                          | 続柄   |        | 携帯番号         |       |
|             | ②                 | 氏名                          | 続柄   |        | 携帯番号         |       |
| 園・学校名       |                   |                             |      |        |              |       |
| 周囲で流行っている病気 |                   |                             |      |        |              |       |
| かかりつけ病院     |                   |                             |      | 電話番号   |              |       |
| アレルギー       | 食物アレルギー           | なし                          | あり   | ( )    |              |       |
|             | アナフィラキシーの既往歴      | なし                          | あり   | 食品名( ) |              |       |
|             | 薬物アレルギー           | なし                          | あり   | ( )    |              |       |
| これまでの病気     | 熱性けいれん            | なし                          | あり   | 初回     | 歳 力月 これまでに 回 |       |
|             | 最終の痙攣             | 年 月 日                       |      |        | 予防投与         | あり なし |
|             | 突発性発疹             | 川崎病                         | 心臓疾患 | 腎臓疾患   |              |       |
| 入院歴         | なし あり (病名 病院名 ) 歳 |                             |      |        |              |       |
| 常時服用薬       |                   | なし あり<br>*ある場合のみ下記に記入してください |      |        |              |       |

|         |                             |                              |  |
|---------|-----------------------------|------------------------------|--|
| 感染症歴    | 風疹                          | はしか                          | おたふくかぜ   |
|         | 百日咳                         |                              | 水ぼうそう  |
|         | B型肝炎                        |                              |  |
|         | その他 ( )                     |                              |  |
| 周産期     | 妊娠中の異常(なし・あり )              |                              |  |
|         | 出生時の異常(なし・あり) 出生体重 g        |                              |  |
|         | *ある場合のみ下記に記入してください          |                              |  |
| 乳児期     | 検診の異常(なし・あり)                |                              |  |
|         | *ある場合のみ下記に記入してください          |                              |  |
| 予防接種    | *接種済の□にチェックをつけてください         |                              |  |
|         | Hibワクチン                     | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加  |
|         | 肺炎球菌                        | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加  |
|         | B型肝炎                        | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目                              |
|         | 四種混合                        | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加  |
|         | 不活化ポリオ                      | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 |
|         | BCG                         | <input type="checkbox"/> 済   | <input type="checkbox"/> 未   |
|         | 麻疹・風疹                       | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目   |
|         | 水痘                          | <input type="checkbox"/> 1回目 | 年 月 <input type="checkbox"/> 2回目 年 月   |
|         | 日本脳炎                        | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加  |
|         | ロタウイルス                      | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目                              |
|         | おたふくかぜ                      | <input type="checkbox"/> 1回目 | 年 月 <input type="checkbox"/> 2回目 年 月   |
|         | コロナ                         | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目   |
| インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 最終 | 年 月                          |  |