

児童票

年 月 日

登録番号					
ふりがな				生年月日	
氏名				男 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 *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	