児童票　　記入日：　　年　　月　　日

フリガナ

児童名：

生年月日：西暦　　年　　月　　日	年齢：　　歳　　カ月	性別：　男　・　女	愛称：
ご自宅：〒　　ー　　住所：			

●保護者・ご家族情報

保護者	フリガナ 氏名：　　（続柄：　　） 年齢：_____歳 携帯番号： 勤務先名：　　（職種：　　） 勤務先住所： 勤務先電話番号：	フリガナ 氏名：　　（続柄：　　） 年齢：_____歳 携帯番号： 勤務先名：　　（職種：　　） 勤務先住所： 勤務先電話番号：
緊急連絡先	1 フリガナ 氏名：　　続柄：　　電話番号:	
	2 フリガナ 氏名：　　続柄：　　電話番号:	
	3 フリガナ 氏名：　　続柄:　　電話番号:	

●**既往歴（これまでにかかった病気）**：　有・無　　例　〇歳〇カ月　RS 感染症、熱性けいれん　等

●**発達の遅れを指摘されたこと**：　有・無　（有の場合は詳細を記載）

●**かかりつけ病院**：

病院名	診療科目	電話番号

児童票　　記入日：　　年　　月　　日

●アレルギー：　有・無　（有の場合：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●通園・通学施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●母子手帳内容

・出生時：体重＿＿＿＿＿＿g、身長＿＿＿＿＿cm

・出生週数：＿＿＿週＿＿＿日

・妊娠経過：正常　・　異常（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

・分娩経過：正常　・　異常（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●予防接種について　接種した回数に☑をしてください。

○定期接種

・肺炎球菌　□1 回　□2 回　□3 回　□4 回

・５種混合　□1 回　□2 回　□3 回　□4 回

・ロタウイルス　□1 回　□2 回　□3 回

・B 型肝炎　□1 回　□2 回　□3 回

・BCG　□1 回

・MR ワクチン（麻疹風疹混合）　□1 回　□2 回

・日本脳炎　□1 回　□2 回　□3 回　□4 回

・水痘　□1 回　□2 回

○任意接種

・おたふく（ムンプス）　□1 回　□2 回　□無　□かかった　□かかってない

・インフルエンザ(今シーズン)　□1 回　□2 回　□無　□かかった　□かかってない

・その他　＿＿＿＿＿＿＿＿