児童票

令和　　年　　月　　日記入

ふりがな 氏名		男 女	愛 称		生年 月日	年　月　日生
住所	〒 TEL（　　）　　－				学校 園名	

家族構成（同居家族）	氏名	続柄	勤務先 又は学校・園名	電話番号

周産期	妊娠時の異常 （無・有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　） 出産時の異常 （無・有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　） 出生時体重（　　グラム）	乳児期の発達	首のすわり（　　ヶ月） 寝返り　（　　ヶ月） はいはい　（　　ヶ月） おすわり　（　　ヶ月） 一人歩き　（　　ヶ月） 栄養（母乳・人工・混合）
予防接種	ヒブ【1･2･3･追加】　　肺炎球菌【1･2･3･追加】 不活化ポリオ【1･2･3･追加】 三種混合【Ⅰ期（1･2･3･追加）・Ⅱ期】 四種混合【1･2･3･追加】　五種混合【1･2･3･追加】 日本脳炎【Ⅰ期（1･2･追加）・Ⅱ期】　BCG 麻疹風疹【1・2】B肝【1・2・3】水痘【1・2】 おたふく【1・2】ロタ【1・2・3】	感染症歴	突発性発疹（　　才　　ヶ月） はしか　（　　才　　ヶ月） 風疹　（　　才　　ヶ月） 水痘　（　　才　　ヶ月） おたふく（　　才　　ヶ月） その他　（　　）

これまでの病気	熱性けいれん　　無・有　（最初　　才　　ヶ月頃）	
	アトピー性皮膚炎　無・有	
	入院歴　　無・有　（病名　　）（　　才　　ヶ月頃）	
	（病名　　）（　　才　　ヶ月頃）	
	★その他の病気	
薬	★常用しているお薬がありますか？（無・有） けいれん・てんかん・喘息・アトピー性皮膚炎 等 その他（　　）	薬品名をお書きください。
アレルギー	★〇で囲み、具体的に記入してください。 アレルギー　（無・有＿＿＿＿＿＿＿＿　） 食品アレルギー　（無・有＿＿＿＿＿＿＿＿　） 薬アレルギー　（無・有＿＿＿＿＿＿＿＿　）	
その他	体質や癖など心配なことがあればお書きください。	