

児童票

作成 年 月 日

児童名					生年月日	令和 年 月 日生 ()年						
	(続柄・)				入所年月日	令和 年 月 日 ()年						
	現住所				電話	(自宅) (携帯)						
家庭の状況	家族構成	続柄	氏名		生年月日	勤務先・連絡先		備考				
健康に関すること	予防接種	ヒブ	肺炎球菌	B型肝炎	ロタウイルス	四種混合 <small>(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)</small>		BCG	MR(麻疹、風疹)	水痘	日本脳炎	おたふくかぜ <small>(任意接種)</small>
		1回目	1回目	1回目	1回目	第一期	1回目 年 月	年 月	第一期 年 月	1回目	1期1回目	1回目
		2回目	2回目	2回目	2回目		2回目 年 月			年 月	1期2回目	年 月
		3回目	3回目	3回目	3回目		3回目 年 月			2回目	1期追加	2回目
	追加	追加			追加一期	年 月	第二期	年 月				
	検診の状況	乳児健康診査(月)		受けた・受けない		指導	無・有()					
		7ヶ月児健康診査		受けた・受けない		指導	無・有()					
		1歳6ヶ月児健康診査		受けた・受けない		指導	無・有()					
		2歳6ヶ月児健康診査		受けた・受けない		指導	無・有()					
		3歳児健康診査		受けた・受けない		指導	無・有()					
かかった病気	麻疹(はしか)	水疱瘡	百日咳	肺炎	耳下腺炎(おたふくかぜ)	風疹(三日はしか)	中耳炎	ヘルニア	その他			
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月		
かかりやすい病気												
体質	ひきつけ(どんな時)胃腸が弱い 脱臼しやすい 鼻血がでやすい 小便が近い アレルギー体質() アトピー性皮膚炎 その他()											
かか り 医 師 つ け	(小児科)								本人の平熱			
	(耳鼻科)											
	(皮膚科)											