

(秘) 児 童 票

記入日 年 月 日

(フリガナ)	()	男・女	愛称	生年月日	年 月 日生	写真 (4cm×3.5cm)
児童氏名						
自宅住所	(〒 -) 区			TEL ()		
通園施設等	通園通学の施設名又は学校名					
緊急連絡先	緊急連絡先①	続柄()	TEL	-	-	
	緊急連絡先②	続柄()	TEL	-	-	
	緊急連絡先③	続柄()	TEL	-	-	
	緊急連絡先④	続柄()	TEL	-	-	
家族構成	氏名	続柄	年齢	勤務先名等(兄弟姉妹の場合は学年等) ※可能であればご記入ください。		備考
生育歴	妊娠中の異常	なし ・ あり ()				
	出産時の異常	なし ・ あり ()				
	出産時の体重	()g				
	発育の状況	首のすわり()ヵ月 おすわり()ヵ月 つかまり立ち()ヵ月 一人歩き()ヵ月				
食事	栄養法	(母乳 ・ 粉ミルク ・ 混合)		離乳食開始時期	()ヵ月	
	食物アレルギー	なし ・ あり (卵・牛乳・小麦・大豆・その他) ・ わからない				
	摂取時の症状					
その他	<平熱 °C>	かかりつけ医療機関				
	心配なこと・配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください。 (例:薬物アレルギー・けいれんを起こしたことがある(発症日●年●月●日)等)					

※ これまでに受けた予防接種に○をつけてください。						
予 防 接 種	インフルエンザ菌b型(Hib)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加				
	小児用肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加				
	四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)	1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加				
	五種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ感染症)	1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加				
	BCG	未 ・ 済	B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
	麻疹(はしか)・風しん	1期 ・ 2期	ロタウイルス	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
	水痘(水ぼうそう)	1回目 ・ 2回目	おたふくかぜ	1回目 ・ 2回目		
	日本脳炎	1期 (1回目・2回目・追加) 2期	インフルエンザ	最近受けたのは 年 月		
		その他 ()				
既往歴	突発性発疹・麻疹(はしか)・風しん・水痘(水ぼうそう)・おたふくかぜ・熱性けいれん・喘息・その他()					

※ 申請時、母子健康手帳を見ながら書いてください。