

(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	自宅電話 ()				
通園施設等	名称 () 認定こども園・保育所(園)・幼稚園・小学校・その他()					
連絡先	緊急連絡先①		続柄()	TEL	-	-
	緊急連絡先②		続柄()	TEL	-	-
家族構成	氏名	続柄	就労形態(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
			会社員・自営・その他()			
			会社員・自営・その他()			
			会社員・自営・その他()			
			会社員・自営・その他()			
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 現在の体重 ()kg				
	発育の状況	首のすわり()カ月 おすわり()カ月 一人歩き()カ月				
食事	栄養法	(母乳・粉ミルク・混合)		離乳食開始時期	() カ月	
	食物アレルギー	なし ・ あり (卵・牛乳・小麦・大豆・その他)				
	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・ひきつけを起こしたことがある等)					

予防接種	※ これまでに受けた予防接種の回数に○をつけてください。					
	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				
	ポリオ(経口・不活化) ※4種混合接種者は記入不要	1回目・2回目・3回目・追加				
	三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加				
	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				
	BCG	未・済	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	麻しん(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 麻しん(はしか) 風しん 水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ その他()					

※ 申請時、母子健康手帳を見ながら書いてください。