

新年度 児童票

記入日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
児童氏名		男・女	R 年 月 日	歳 ヶ月
家族構成	住所			
	電話番号			
父	氏名	(年 月 日生)	勤務先名	
	携帯番号		勤務先住所	
			勤務先電話	
母	氏名	(年 月 日生)	勤務先名	
	携帯番号		勤務先住所	
			勤務先電話	
病歴等	過去の大きな病気やケガ・手術等 (有 ・ 無)			
	有の場合その内容と病院名 病名等 () 病院名 ()			
	現在の状況			
予防接種	4種混合	未・(1・2・3)追加	BCG	未・済
	B型肝炎	未・(1・2・3)	おたふくかぜ	未・済
	日本脳炎	未・済	水ぼうそう	未・1・2
	MR(麻しん風しん)	未・済	ヒブ	未・(1・2・3)追加
	小児用肺炎球菌	未・(1・2・3)追加	ロタウイルス	未・済
	その他			
感染症既往歴	はしか	有・無	おたふくかぜ	有・無
	風しん	有・無	水ぼうそう	有・無
	りんご病	有・無	突発性発疹	有・無
	手足口病	有・無	その他	
健診状況	<input type="checkbox"/> 3・4ヶ月健診		<input type="checkbox"/> 10ヶ月健診	
	<input type="checkbox"/> 1歳半健診			
	* 健診の結果指導事項等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり * ありの場合その内容と現在の経過について ()			
熱性けいれん	有・無 有の場合 (歳 ヶ月頃)			
アレルギー	有・無 有の場合 ()			
食事・ミルク	食事 (初期・中期・後期・完了期・幼児食) 1日 回			
	ミルク (飲む・飲まない) 飲む→ 1日 回、1回 ml			
備考(その他、生活・食事・発達等について気になる事がありましたらお書きください)				