

児童票

※初回利用時、および年度が変わった際に記入してお持ちください。内容に変化があった時はその都度記入してお持ちください。

花心病児病後児保育室		記入日		年	月	日	
ふりがな 名前	性別	年齢	生年月日				
住所		自宅電話番号					
保護者氏名	続柄	保護者氏名			続柄		
携帯電話番号		携帯電話番号					
通園施設名							
兄弟・姉妹 (名前		歳	男・女)	(名前		歳	男・女)
(名前		歳	男・女)	(名前		歳	男・女)

出産	体重	分娩		出生時異常				
	g	自然・帝王切開 その他 ()		無・有()				
発達について特筆すべき事項	無・有()							
食物アレルギー	無・有() 食事制限の程度()							
その他アレルギー	無・有()							
これまでの病気	<input type="checkbox"/> 喘息	治療 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 発作時のみ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 吸入療法						
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	初回		歳	ヶ月	最後	歳	ヶ月
	<input type="checkbox"/> その他の病気	病名:		(入院:無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 歳 ヶ月)				
		病名:		(入院:無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 歳 ヶ月)				
		病名:		(入院:無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 歳 ヶ月)				
常時内服している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内服薬の名前・回数)							
常時使用している軟膏・吸入薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(軟膏の名前・回数)		(吸入薬の名前・回数)					

予防接種・感染症歴

	予防接種	感染症既往	年月	予防接種	
はしか	未・済(回)	未・済	年 月	BCG	未・済(回)
風疹	未・済(回)	未・済	年 月	4種混合	未・済(回)
水ぼうそう	未・済(回)	未・済	年 月	MR	未・済(回)
おたふく	未・済(回)	未・済	年 月	ロタ	未・済(回)
B型肝炎	未・済(回)	未・済	年 月	ヒブ	未・済(回)
突発性発疹		未・済	年 月	肺炎球菌	未・済(回)
日本脳炎	未・済(回)	未・済	年 月	3種混合	未・済(回)

<裏面>

～利用記録(保育室記入欄)～

年 月 日	病名	病状・その他
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		