

児 童 票

児 童	ふりがな 氏 名					男 ・ 女		
	生年月日 年 月 日生 (第 子)							
現住所	〒 -							
家 族 の 状 況	氏 名		生年月日	児童との 続柄	勤務先または学校	携帯番号 職場電話番号	健康状態	
				父		携帯: 職場:		
				母		携帯: 職場:		
	その他同居家族							
予 防 接 種 状 況	定 期	Hib(ヒブ)	未【乳児期: 1回 ・ 2回 ・ 3回 】		これまでにかった病気 (該当するものを○で囲み何才でかったかを記入)			
			1歳以降【 未 ・ 1回 】		①水痘	()	才	
		肺炎球菌	未【乳児期: 1回 ・ 2回 ・ 3回 】		②流行性耳下腺炎	()	才	
			1歳以降【 未 ・ 1回 ・ 2回 】		③麻疹	()	才	
		4種混合	未・1回・2回・3回【 追加 未 ・ 済 】		④風疹	()	才	
		5種混合	未・1回・2回・3回【 追加 未 ・ 済 】		⑤しょうこう熱	()	才	
		BCG	未 ・ 済		⑥百日咳	()	才	
		MR1期	未 ・ 済	MR2期	未 ・ 済	⑦肺炎	()	才
		日本脳炎	未・1回・2回 【 追加 未 ・ 済 】		⑧気管支炎	()	才	
		水ぼうそう	未・1回・2回		⑨喘息	()	才	
		B型肝炎	未・1回・2回・3回		⑩胃腸炎	()	才	
		ロタウイルス	未・【1価:1回・2回】【5価:1回・2回・3回】		⑪熱性痙攣	()	才	
		任 意	おたふくかぜ		未 ・ 済		⑫中耳炎	()
	⑬心疾患	()	才					
⑭腎疾患	()	才						
⑮肝疾患	()	才						
⑯川崎病	()	才						
⑰手術	()	才						
⑱アレルギー 無・有()	アレルギー							
⑳その他疾患()								
保険加入 状況	有 : 国民健康保険・社会保険・共済・その他()/無					* 慢性的な病気のことで相談している病院・病名		
かかりつけ医						(病院名 病名)		
病院名: 電話番号:								
緊 急 連 絡 先	氏 名		勤 務 先 等		電 話 番 号		児童との 続柄	
	①							
	②							
	③							
【備考】								