

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		
	ふりがな		父		携帯: 職場:			
	ふりがな		母		携帯: 職場:			
	そ の 他 同 居 家 族							
予 防 接 種 状 況	Hib(ヒブ)	未【乳児期: 1回・2回・3回】			これまでにかかった病気 (該当するものを○で囲み何才でかかったかを記入)			
		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	
	四種混合	未・1回・2回・3回【追加未・済】			④風疹	()	才	
					⑤しんこう熱	()	才	
	BCG	未・済			⑥百日咳	()	才	
					⑦肺炎	()	才	
	MR1期	未・済		MR2期	未・済	⑧気管支炎	()	才
						⑨喘息	()	才
日本脳炎	未・1回・2回【追加未・済】			⑩胃腸炎	()	才		
				⑪熱性痙攣	()	才		
水ぼうそう	未・1回・2回			⑫中耳炎	()	才		
				⑬心疾患	()	才		
B型肝炎	未・1回・2回・3回			⑭腎疾患	()	才		
				⑮肝疾患	()	才		
任意	ロタウイルス 未・【1価:1回・2回】【5価:1回・2回・3回】			⑯川崎病	()	才		
	おたふくかぜ 未・済			⑰手術	()	才		
保険加入 状況	有 : 国民健康保険・社会保険・共済・その他()/無			⑱その他疾患	()	才		
				⑲アレルギー 無・有()	()	アレルギー		
かかりつけ医								
病院名:				(病院名 病名)				
電話番号:								
緊 急 連 絡 先	氏 名(ふりがな)	勤 務 先 等		電 話 番 号	児童との 続柄			
	①							
	②							
	③							
【備考】								