



児 童 票

平成 年 月 日 記入

児童名	ふりがな		男・女	平成 年 月 日生		
保護者	ふりがな		続柄	自宅電話番号		
				— —		
住所	〒					
緊急連絡先	第1連絡先		第2連絡先		第3連絡先	
	氏名		氏名		氏名	
	TEL		TEL		TEL	
家族関係	続柄	氏名	生年月日	勤務先名・所在地		電話番号
	父					
	母					
備考						
送迎者	登園時	又は				
	降園時	又は				
かかりつけの医療機関名			住 所		電話番号	
(小児科)						
(科)						
(科)						

生育歴								
ふりがな				男女	年 月 日生			
児童名								
血液型	型 RH (+ -)			平熱	度			
出生時の状況	第 子	分娩	正常					
	出生時体重 g		異常 (帝王切開 ・ その他) (早産 週)					
発育の状況	栄養	母乳	人工	混合	離乳	開始 月、完了 月		
	首のすわり		か月	寝返り		か月	おすわり	か月
	はいはい		か月	つかまり立ち		か月	歩行開始	か月
健診の状況	年齢	年月日	特記事項		年齢	年月日	特記事項	
	1か月				1歳			
	3～4か月				1歳6か月			
	6～7か月				3歳			
	9～10か月							
既往歴	麻疹(はしか)		歳	けいれん (有 ・ 無) 熱性 (回) 熱性以外 (回)				
	風疹(三日はしか)		歳	関節がはずれやすい(有 ・ 無) 部位 左 / 右				
	水痘(水ぼうそう)		歳	喘息(有 ・ 無)				
	おたふくかぜ		歳	アトピー性皮膚炎(有 ・ 無)				
	肺炎		歳	アレルギー体質 (有 ・ 無) 原因				
	その他 入院歴など							
予防接種状況	ワクチン名		接 種 年 月 日					
	ヒブ		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	小児用肺炎球菌		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	四種(三種)混合		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	結核(BCG)		年 月 日					
	麻疹風疹混合(MR)		年 月 日	年 月 日				
	水痘(水ぼうそう)		年 月 日	年 月 日				
	日本脳炎		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	ロタウイルス		年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	おたふくかぜ		年 月 日	年 月 日				
	B型肝炎		年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	A型肝炎		年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	その他							
その他								
特記事項								