

# 児 童 票

No. \_\_\_\_\_ 年 月 日

ふりがな		男	生年月日		
児童名		・	年	月	日
		女	(満 歳)		
住 所 〒			通園施設名		
緊急連絡先	例 ○△× - ○○× - △×× (母勤務先 父携帯 その他)				
	① ( )				
	② ( )				
	③ ( )				
第1 保 護 者	ふりがな		続 柄	生年月日	携帯番号
	氏 名				
	勤務先				勤務先電話番号
第2 保 護 者	ふりがな		続 柄	生年月日	携帯電話
	氏 名				
	勤務先				勤務先電話番号
家族構成	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 兄( )歳 <input type="checkbox"/> 弟( )歳 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 姉( )歳 <input type="checkbox"/> 妹( )歳				

## 予防接種の接種状況

予防接種が済んでいるものに○をつけ、( )に回数を記入してください。	
1、BCG ( )回	7、ロタ ( )回
2、四種混合 ( )回	8、水ぼうそう ( )回
3、ヒブ ( )回	9、おたふくかぜ ( )回
4、肺炎球菌 ( )回	10、日本脳炎 ( )回
5、MR(麻疹・風疹混合) ( )回	11、その他 (名称: / 回)
6、B型肝炎 ( )回	

現在までにかかった病気 ※かかった事のある病名に○をつけてください。

突発性発疹    はしか    風疹    水ぼうそう    おたふくかぜ    アトピー性皮膚炎    てんかん
熱性痙攣 ( )回 / 初回( 歳 ヶ月) 、 最後( 歳 ヶ月) 坐薬の指示 : 無 ・ 有
喘息・喘息性気管支炎 治療継続中 ・ 悪化時のみ治療
その他 ( )

