

(秘) 児 童 票

記入日 年 月 日

| | | | | | | |
|--------|---|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|--------|-------------------|
| (フリガナ) | () | 男・女 | 愛称 | 生 年 月 日 | 年 月 日生 | 写真 (4cm×3.5cm) |
| 児童氏名 | | | | | | |
| 自宅住所 | (〒 -) 区 | 自宅電話 () | | | | |
| 通園施設等 | 名称 () 認定こども園・保育所(園)・幼稚園・小学校・その他() | | | | | |
| 連絡先 | 緊急連絡先① | | 続柄() | TEL | - | - |
| | 緊急連絡先② | | 続柄() | TEL | - | - |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 就労形態(兄弟姉妹の場合は学年等) ※可能であればご記入ください。 | | | 備考 |
| | | | 会社員・自営・その他() | | | |
| | | | 会社員・自営・その他() | | | |
| | | | 会社員・自営・その他() | | | |
| | | | 会社員・自営・その他() | | | |
| 生育歴 | 妊娠中の異常 | なし ・ あり () | | | | |
| | 出産時の異常 | なし ・ あり () | | | | |
| | 出産時の体重 | ()g 現在の体重 ()kg | | | | |
| | 発育の状況 | 首のすわり()カ月 おすわり()カ月 一人歩き()カ月 | | | | |
| 食事 | 栄養法 | (母乳・粉ミルク・混合) | | 離乳食開始時期 | () カ月 | |
| | 食物アレルギー | なし ・ あり (卵・牛乳・小麦・大豆・その他) | | | | |
| | 摂取時の症状 | | | | | |
| その他 | <平熱 °C> | かかりつけ医療機関 | | | | |
| | 心配なこと・配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください。 (例:薬物アレルギー・ひきつけを起こしたことがある等) | | | | | |

| | | | | | | |
|------|--|------------------------|---------|-------------|--|--|
| 予防接種 | ※ これまでに受けた予防接種の回数に○をつけてください。 | | | | | |
| | インフルエンザ菌b型(Hib) | 1回目・2回目・3回目・追加 | | | | |
| | 小児用肺炎球菌 | 1回目・2回目・3回目・追加 | | | | |
| | ポリオ(経口・不活化) ※4種混合接種者は記入不要 | 1回目・2回目・3回目・追加 | | | | |
| | 三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風) | 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 | | | | |
| | 四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) | 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 | | | | |
| | BCG | 未・済 | B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 | | |
| | 麻しん(はしか)・風しん | 1期・2期 | ロタウイルス | 1回目・2回目・3回目 | | |
| | 水痘(水ぼうそう) | 1回目・2回目 | おたふくかぜ | 1回目・2回目 | | |
| | 日本脳炎 | 1期(1回目・2回目・追加) 2期 | インフルエンザ | 最近受けたのは 年 月 | | |
| | その他() | | | | | |
| 既往歴 | 突発性発疹 麻しん(はしか) 風しん 水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ その他() | | | | | |

※ 申請時、母子健康手帳を見ながら書いてください。