

児童票（原簿）				
ふりがな		男・女		
児童氏名				
生年月日	年 月 日生			
現住所				
自宅電話				
ふりがな				
保護者氏名				
緊急連絡先 携帯電話等	①	所有者 ()	自宅付近地図	
	②	所有者 ()		
家族及び同居者の状況	氏名	続柄	生年月日	勤務先名・在学名

生	出産(安産・難産・早産 月・体重 g)授乳(母乳・人工・混合) 離乳開始(月)
育	離乳完了(月) 首のすわり(月)人見知り 有・無(月) 座位(月)
歴	ハイハイ(月)歩きはじめ(歳 月) 片ことのはじめ(歳 月)

予防接種（接種済に○）

H i b	1・2・3・追加	日本脳炎	1・2・追加
肺炎球菌	1・2・3・追加	MR	1期・2期
B C G	1回	水痘	1回目・追加
4種混合	1・2・3・追加	B型肝炎	1・2・3

平 熱 度	かかりつけ医		
排 泄	小便：一人でできる・できない 大便：一人でできる・できない 癖：便秘・夜尿・頻尿・その他()		
けいれん	無・有(回/直近 歳 ヶ月のころ)		
既 往 症	水痘 年 月(歳 月) 風疹 年 月(歳 月)	流行性耳下腺炎 年 月(歳 月)	溶連菌感染症 年 月(歳 月)
	麻疹 年 月(歳 月)	流行性角結膜炎 年 月(歳 月)	

○乳幼児健診について										
・1歳6ヶ月健診を	受けた（	年	月	日）	受けてない					
・3歳6ヶ月健診を	受けた（	年	月	日）	受けてない					
・何か言われたことがありますか	ない	ある（								
○発達が遅いと感じることがありますか					ない	ある（				
○日常生活で心配なことはありますか					ない	ある（				
○集団生活で心配なことはありますか					ない	ある（				
○日常生活で特に介助が必要なことがありますか					ない	ある（				
○入院したことがありますか					ない	ある	（直近	歳	ヶ月頃）	
							（病名			
○現在治療中の病気がありますか					ない	ある	（病名			
					薬：塗布薬（ 回/日（朝・昼・夕））服薬（ 回/日（朝・昼・夕））					
○アレルギー体質ですか					・食物アレルギー（ 卵 牛乳 その他（					
検査（未・済）					いいえ	はい	・アトピー性皮膚炎			
					・喘息					
					・アレルギー性鼻炎					
					・その他（					
保険証コピー貼付け（表面のみ）										