|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  （　　　　　） | | |
| ② | 所有者  （　　　　　） | | |
| 自宅付近地図 | |
|  | 氏　　　　名 |  | | 続柄 | 生年月日 | 勤務先名・在学校名 |
| 家族及び同居者の状況 |  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |

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

予防接種（接種済に○）

|  |  |
| --- | --- |
| Ｈｉｂ　　　　　　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 |
| ＢＣＧ　　　　　　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） | | | |

|  |
| --- |
| 〇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（　 　　　　　　　） |
| 〇発達が遅いと感じることがありますか　　ない　　　　ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 〇日常生活で心配なことはありますか　　　ない　　　　ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 〇集団生活で心配なことはありますか　　　ない　　　　ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 〇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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 〇入院したことがありますか　　　　　　　ない　　　　ある　　　（直近　　　　　歳　　　　ヶ月頃）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（病名　　　　　　　　　　　　　） |
| 〇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）） |
| 〇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） |