

# 児童票 (3歳～)

年 月 日記入

児童名 \_\_\_\_\_

平成・令和 年 月 日生

予 防 接 種	・接種したものに○をつけてください				
		1回目	2回目	3回目	追加
	ヒブ(Hib)				
	小児肺炎球菌				
	4種混合(DPT)				
	BCG				
	麻疹・風疹(MR)				
	水痘				
	日本脳炎				
	B型肝炎				
	ロタウイルス				
	おたふく				
その他の予防接種 ( )					
既 往 症	・罹患したものに○をつけてください				
	麻疹 ( ) 風疹 ( ) 水痘 ( ) 百日咳 ( ) 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) ( )				
	・既往歴を記入してください 例)H29.6				
	喘息※ ( )				
	ひきつけ※ ( )				
	熱性けいれん※ ( )				
薬物アレルギー※ ( )					
その他※ ( )					
※は裏の備考欄に詳しくご記入下さい					
発 育 状 態	・発達・発育についてお聞きます。				
	出産時の体重	g	在胎期間	週	日
	発育について気になるところがある ( はい いいえ 観察中 )				
	〔 ( ) 〕				
発達について気になるところがある ( はい いいえ 観察中 )					
〔 ( ) 〕					
今までに入院や手術をしたことがありますか					
年 月 ( )					
年 月 ( )					

<p>睡眠</p>	<p>午睡（有 無）          時頃 ～ 時頃 分位          一人で寝る 添い寝をする 寝つきが悪い          その他（ ）</p>
<p>排泄</p>	<p>トイレで排泄が出来ますか（ はい いいえ ）          午睡時のおむつの着用（ 有 無 ）</p>
<p>食事</p>	<p>ジュースやイオン水を与えてもよい お茶だけにしてほしい          食物アレルギー 有・無 禁止食物（ ）</p>
<p>普段の状態</p>	<p>皮膚の状態          敏感肌 ふつう その他(アトピーなど)          便性          軟便 普通便 硬便 その他(便秘など)</p>
<p>備考</p>	<p>※について詳しくお知らせください。 その他配慮すべき点をお知らせください。</p> <p>ホームページにお子さんの写真を掲載してもよろしいですか？（ はい ・ いいえ ）</p>