

# 児童票 (0~2歳)

年 月 日記入

児童名 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日生

予 防 接 種	接種した日付を記入してください 例) H27.5				
		1 回目	2 回目	3 回目	追加
	BCG				
	麻疹・風疹(MR)				
	ロタ				
	ヒブ(Hib)				
	肺炎球菌				
	DPT(4種混合)				
	水痘				
	おたふく				
	日本脳炎				
	B型肝炎				
	その他の予防接種 ( )				
既 往 症	罹患した日付を記入してください 例) H27.5				
	麻疹	風疹	水痘		
	百日咳	流行性耳下腺炎(おたふく風邪)			
	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します。				
	出生時の体重	g	在胎期間	週	日
	首のすわり( 月)	おすわり( 月)	はいはい( 月)		
	つかまり立ち( 月)	ひとり歩き( 月)			
	ことば( 喃語	単語	二語文	自由に話せる	)
	発育について気になることがある ( )				
	発達について気になるところがある ( )				
	今までに入院や手術をしたことがありますか				
	年	月	( )		
	年	月	( )		
年	月	( )			

<p>睡眠</p>	<p>午前睡（有 無 時頃 ～ 時頃 分位）</p> <p>午睡（有 無 時頃 ～ 時頃 分位）</p> <p>睡眠時のくせ等がありましたら教えてください。</p>
<p>排泄</p>	<p>トイレを使用</p> <p>おむつを使用</p>
<p>食事</p>	<p>ミルク（ ml/1回 一回にかかる授乳時間 分 授乳間隔 時間毎  ※当院の粉乳は森永ドライミルク『はぐくみ』を使用しております。</p> <p>おやつ時にジュースを与えてもよい お茶だけにしてほしい</p> <p>食物アレルギー 有・無 禁止食物（ ）</p> <p>摂取したことのない食品（ 卵 牛乳 小麦 そば 落花生 エビ カニ 大豆 ）</p>
<p>普段の状態</p>	<p>皮膚の状態</p> <p>敏感肌 ふつう その他(アトピーなど)</p> <p>便性</p> <p>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>ブログ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>