



児 童 票

令和 年 月 日 記入

児 童 名	ふりがな		男 ・ 女	令和 年 月 日生	
				自宅電話番号	
保 護 者 名	ふりがな		続柄	— —	
住 所	〒				
緊 急 連 絡 先	第1連絡先		第2連絡先		第3連絡先
	氏名		氏名		氏名
	TEL		TEL		TEL
家 族 関 係	続柄	氏名	生年月日	勤務先名・所在地	電話番号
備 考					
送 迎 者	登園時	又は			
	降園時	又は			
かかりつけの医療機関		住所		電話番号	
(小児科)					
(科)					
(科)					

育成歴							
ふりがな			男 ・ 女		H・R 年 月 日生		
児童名							
血液型	型 RH (+ -)		平熱		度		
出生時の状況	第 子		分	正常			
	出生時体重 g		娩	異常 (帝王切開・その他) (早産 週)			
発育の状況	栄養	母乳 人工 混合	離乳	開始	か月、	完了	か月
	首のすわり		か月	寝返り	か月	おすわり	か月
	はいはい		か月	つかまり立ち	か月	歩行開始	か月
健診の状況	年齢	年月日	特記事項	年齢	年月日	特記事項	
	1 か月	H・R 年 月 日		1 歳	H・R 年 月 日		
	3～4 か月	H・R 年 月 日		1歳6か月	H・R 年 月 日		
	6～7 か月	H・R 年 月 日		3 歳	H・R 年 月 日		
	9～10 か月	H・R 年 月 日					
既往歴	麻疹 (はしか) 歳		けいれん (有・無) 熱性 (回) 熱性以外 (回)				
	風疹 (三日はしか) 歳		関節がはずれやすい (有・無) 部位 () 左 / 右				
	水痘 (水ぼうそう) 歳		喘息 (有・無)				
	おたふくかぜ 歳		アトピー性皮膚炎 (有・無)				
	肺炎 歳		アレルギー体質 (有・無) 原因 ()				
	その他 入院歴など						
予防接種状況	ワクチン名		接種年月日				
	ヒブ	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	
	小児用肺炎球菌	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	
	四種 (三種) 混合	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	
	結核 (BCG)	H・R 年 月 日					
	麻疹風疹混合 (MR)	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日				
	水痘 (水ぼうそう)	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日				
	日本脳炎	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	
	ロタウイルス	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日			
	おたふくかぜ	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日				
	B型肝炎	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日			
	A型肝炎	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日			
その他							
特記事項							