

# 病児・病後児 児童票

感染症・予防接種・電話番号など内容に変更のあった時は、利用時にその旨お伝えください。

		年度内初回利用日		令和 年 月 日				
フリガナ								
お子さま氏名	愛称							
生年月日	平成/令和 年 月 日	生まれ	性別	男・女				
出生・出産について	自然分娩・帝王切開・その他【 】							
	出生時体重	kg	妊娠週数					
発達について	首がすわる	か月	おすわり	か月	つかまり立ち	か月	ひとり歩き	か月
	寝返り	か月	ハイハイ	か月	つたい歩き	か月		
先天性の病気・既往歴	病名		年齢		入院			
			歳 ヶ月		無・有			
			歳 ヶ月		無・有			
熱性けいれん	無・有		回数	初回	歳 か月			
	対処法		最後	歳 か月				
アレルギー	食物	無・有 【 】						
	薬	無・有 【 】						
	環境	無・有 【 】						
常用薬	内服薬							
	外用薬							
吸入薬								
備考(薬の飲ませ方等)								
生活習慣	排便について	知らせる・知らせる時もある・知らせない			回数	回		
		サイン						
	排尿について	知らせる・知らせる時もある・知らせない			回数	回		
		サイン						
	衣服着脱	全て自分ができる・手伝いながら自分ができる・着替えさせる						
	昼寝について	時間	:	~	:	睡眠時のクセ		
	睡眠時間について	規則的【 : ~ : 】・不規則						
	人見知りについて	全くない・あまりない・少しする・とてもする						
	好きな遊び							
	好きなおもちゃ							
保護者から見た性格								
その他配慮事項								
感染症	麻疹(はしか)	未・済	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		未・済			
	水痘(みずぼうそう)	未・済	突発性発疹		未・済			
	風疹(3日はしか)	未・済	B型肝炎		未・済			
	百日咳	未・済	その他【 】		未・済			
予防接種実施年月日 ※母子手帳を確認の上ご記入下さい。※母子手帳のコピーでも可能です。 四種混合 (または三種混合・不活化ポリオ)					特記事項 (今までにかかった病気や感染症等、持病・アレルギー等は詳細に記載のこと)			
MR(麻疹・風疹)	日本脳炎	ヒブ(Hib)						
		( + - )						
BCG	小児肺炎球菌	水痘	B型肝炎(HBV)					
おたふく	インフルエンザ	ロタウイルス	A型肝炎					