

## 病児 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。

登録番号:

フリガナ						愛称				
お子さま氏名										
生年月日	年	月	日	年度内初回利用日	年	月	日			
出生・出産 について	自然分娩・帝王切開・その他【 】									
	出生時体重	g			妊娠週数	週 日				
発達 について	首のすわり	ヶ月	おすわり	ヶ月	つかまり立ち	ヶ月	ひとり歩き	ヶ月		
	寝返り	ヶ月	ハイハイ	ヶ月	つたい歩き	ヶ月				
先天性の 病気・ 既往病	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			初回	歳 ヶ月				
		対処法			最後	歳 ヶ月				
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	着替えさせる・手伝いながら自分でできる・全て自分でできる								
	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	とともする・少しする・あまりしない・全くしない								
	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	はしか	未・済			突発性発疹	未・済				
	水疱瘡	未・済			百日咳	未・済				
	おたふくかぜ	未・済			B型肝炎	未・済				
	風疹	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。					特記事項					
四種混合	ポリオ	日本脳炎	ツベルクリン	BCG	おたふくかぜ (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)					
麻疹	風疹	水痘	ビブ	肺炎球菌(7価)	肺炎球菌(13価)					