

児 童 票

記入日 平成 年 月 日

病児・病後児保育室 プチあんず

ふりがな	男	生年月日	平成	年	月	日生
氏名	女			歳	ヶ月	

予防接種	BCG	年	月	ポリオ (1回目)	年	月	(2回目)	年	月	
	不活化ポリオ (1回目)	年	月	(2回目)	年	月	(3回目)	年	月	
	三種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風) ・ 四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)									
	(1回目)	年	月	(2回目)	年	月	(3回目)	年	月	
	(I期追加)	年	月	(II期)	年	月				
	MR(麻疹・風疹混合) ・ MMR(麻疹・風疹・流行性耳下腺炎混合)	I期	年	月	II期	年	月			
	おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)	年	月	水ぼうそう	年	月				
	Hib(ヒブ)	1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月
	肺炎球菌	1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月
	日本脳炎	1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月
	B型肝炎ウイルスワクチン	1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月
	ロタウイルスワクチン(ロタリックス2・ロタテック3)	1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月
その他:										

感染症歴	麻疹(はしか)	歳	ヶ月	風疹	歳	ヶ月
	水ぼうそう	歳	ヶ月	おたふくかぜ	歳	ヶ月
	百日咳	歳	ヶ月	B型肝炎	歳	ヶ月(キャリアーである・ない)
	その他(具体的に)					

これまでの病気	熱性痙攣	ない・ある	これまでに何回起こしている; 回	最後はいつ	年	月	日
	喘息	ない・ある	毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ				
	喘息様気管支炎	ない・ある	毎日 吸入治療を している・いない・発作時だけ				
	アトピー性皮膚炎	ない・ある	治療は 内服薬・食事療法				
	食物アレルギー	ない・ある					
	その他の病気						
入院歴	ない・ある	病名 :	(歳 ヶ月)				
		病名 :	(歳 ヶ月)				
常時内服している薬や吸入薬・軟膏など	ない・ある (薬の名前・回数・内服時間など 具体的に)						
食事制限の有無	ない・ある (具体的に)						
他	体質(薬物アレルギー等)やくせ、心配なこと、配慮してほしいことについて、具体的にお書きください。						

※保育中治療が必要になった場合に、上記情報が必要になりますので必ずご記入ください。

2013.11.13 改訂