

# 児 童 票

記入日 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	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	年 月	水ぼうそう 年 月 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か	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。

2014.7.15 改訂