

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											
	不活化ポリオ	(1回目)	年	月	(2回目)	年	月	(3回目)	年	月	(4回目)	年	月	
	四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)・五種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・Hib)													
			(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	4回目	年	月
	肺炎球菌		1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月	4回目	年	月
	日本脳炎		1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月	4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。

2025.3.27 改訂