

# 児童票 (0~2歳)

年 月 日記入

児童名 \_\_\_\_\_

平成・令和 年 月 日生

予 防 接 種	・接種したものに○をつけてください				
		1回目	2回目	3回目	追加
	ヒブ(Hib)				
	小児肺炎球菌				
	4種混合(DPT)				
	BCG				
	麻疹・風疹(MR)				
	水痘				
	日本脳炎				
	B型肝炎				
	ロタウイルス				
	おたふく				
	その他の予防接種 ( )				
既 往 症	・罹患したものに○をつけてください				
	麻疹 ( ) 風疹 ( ) 水痘 ( ) 百日咳 ( ) 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) ( )				
	・既往歴を記入してください 例)H29.6				
	突発性発疹 未 済				
	喘息※ ( )				
	ひきつけ※ ( )				
	熱性けいれん※ ( )				
薬物アレルギー※ ( )					
その他※ ( )					
※は裏の備考欄に詳しくご記入下さい					
発 育 状 態	・発達・発育についてお聞きます。				
	出産時の体重	g	在胎期間	週	日
	首のすわり( 月)	おすわり( 月)	はいはい( 月)		
	つかまり立ち( 月)	ひとり歩き( 月)			
	ことば( 喃語	単語	二語文	自由に話せる	( )
	発育について気になることがある ( )				
	発達について気になるところがある ( )				
	今までに入院や手術をしたことがありますか				
	年	月	(		
	年	月	(		
年	月	(			

<p>睡眠</p>	<p>午前睡（有 無 時頃 ～ 時頃 分位）</p> <p>午睡（有 無 時頃 ～ 時頃 分位）</p> <p>睡眠時のくせ等がありましたら教えてください。</p>
<p>排泄</p>	<p>トイレを使用</p> <p>おむつを使用</p>
<p>食事</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ミルク（ ml/1回 一回にかかる授乳時間 分 授乳間隔 時間毎  <u>※ 当院の粉乳は森永ドライミルク『はぐくみ』を使用しております。</u> </li> <li>・ ジュースやイオン水を与えてもよい お茶だけにしてほしい</li> <li>・ 食物アレルギー 有・無 禁止食物  （ ）</li> <li>・ 摂取したことのない食品（ 卵 牛乳 小麦 そば 落花生 エビ カニ 大豆 ）</li> </ul>
<p>普段の状態</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 皮膚の状態  敏感肌 ふつう その他(アトピーなど)</li> <li>・ 便性  軟便 普通便 硬便 その他(便秘など)</li> </ul>
<p>備考</p>	<p>※について詳しくお知らせください。 その他配慮すべき点をお知らせください。</p> <p>ホームページ等にお子さんの写真を掲載してもよろしいですか？（ はい ・ いいえ ）</p>