

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)				
	肺炎球菌				
	B型肝炎				
	DPT				
	BCG				
	麻疹・風疹(MR)				
	水痘				
	日本脳炎				
	ロタ				
	おたふく				
	その他の予防接種 ()				
既 往 症	罹患した日付を記入してください 例) H27.5				
	麻疹	風疹	水痘		
	百日咳	流行性耳下腺炎(おたふく風邪)			
	喘息	ひきつけ※			
	熱性けいれん※	薬物アレルギー※			
	その他※	突発性発疹	未	済	
※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します。				
	出生時の体重	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"> ・ ミルク（ ml/1回 一回にかかる授乳時間 分 授乳間隔 時間毎 <p>※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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 食物アレルギー 有 ・ 無 禁止食物 （ ） ・ 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 ）
<p>普段の状態</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 皮膚の状態 敏感肌 ふつう その他(アトピーなど) ・ 便性 軟便 普通便 硬便 その他(便秘など)
<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>