

# 児童票 (3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※				
※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。				
	出産時の体重	g	在胎期間	週	日
	発育について気になるところがある ( はい いいえ 観察中 )				
	〔 )				
発達について気になるところがある ( はい いいえ 観察中 )					
〔 )					
今までに入院や手術をしたことがありますか					
年 月 ( )					
年 月 ( )					

<p>睡眠</p>	<p>午睡（有 無）          時頃 ～ 時頃 分位          一人で寝る 添い寝をする 寝つきが悪い          その他（ ）</p>
<p>排泄</p>	<p>トイレで排泄が出来ますか（ はい いいえ ）          午睡時のおむつの着用（ 有 無 ）</p>
<p>食事</p>	<p>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（ ）</p>
<p>普段の状態</p>	<p>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>
<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>ブログ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>