

児童票(児童の健康状態等について)

◆該当するものに☑または、○印をお願いします。

児 童	氏名		男 ・ 女	出生時体重 g	
	生年月日 年 月 日			出産の状態 正常分娩・それ以外 () かかりつけ医療機関	
予 防 接 種	BCG	未 ・ 済		水ぼうそう	未 ・ 1 ・ 2
	ポリオ不活化	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加		おたふくかぜ	未 ・ 1 ・ 2
	ポリオ生ワクチン	未 ・ 1 ・ 2		日本脳炎	未 ・ 1 ・ 2 ・ 追加
	三種混合	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加		MR(麻疹・風疹)	未 ・ 1 期 ・ 2 期
	四種混合			ロタウイルス	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3
	ヒブ(インフルエンザ)	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加		B 型肝炎ウイルス	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3
	小児肺炎球菌	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加		インフルエンザウイルス	未・直近 年 月 日
病 歴	麻疹	未 ・ 済		風疹(三日ばしか)	未 ・ 済
	水ぼうそう	未 ・ 済		突発性難聴	未 ・ 済
	おたふくかぜ	未 ・ 済		百日咳	未 ・ 済
	RS ウイルス	未 ・ 済		その他()	
	その他()		その他()		
	熱性けいれん(ひきつけ)	無・座薬等使用 有・無		最後 年 月	これまでに 回
治 療 中 等	アトピー性皮膚炎	無 ・ 治療している(内服薬・軟膏・食事制限) ・ 治療していない			
	喘息	無 ・ 薬を飲んでいる ・ 発作時に飲んでいる ・ 飲んでいない			
		貼付薬を貼っている ・ 貼っていない			
	その他の病気	(病名) (入院:☐なし☐あり 歳 ケ月)			
(病名) (入院:☐なし☐あり 歳 ケ月)					
常 用 薬		なし ・ あり (薬品名) ☐内服(嫌がらずに飲める・飲むのが大変) ☐外用 ☐坐薬 ☐吸入 (薬の具体的な飲ませ方:)			
薬物・食品アレルギー		なし ・ あり ()			
食 事	☐授乳	内容	☐ミルク ☐母乳 ☐混合	回数	合計 回/日
		量	ミルク ml 母乳 約 分/回		
	☐離乳食	開始時期		回数	合計 回/日
	☐大人と同じ食事				
	普段の食事の量	☐よく食べる ☐ふつう ☐食が細い ☐その他()			
発熱・嘔吐時の水分補給(複数可)		イオン飲料・ジュース・ミルク・麦茶・水・その他()			
生 活 習 慣	排泄	☐おむつ ☐トイレ使用 ☐午睡時のみおむつ使用 ☐トレーニング中			
		その他(排泄回数が多、少ない等)配慮が必要なことがある場合			
	午睡	昼寝時間	時頃から 時間		
寝付くときのくせ等(一人寝、添い寝、タオルを持って寝る等)					
遊び		好きな遊び () 好きなおもちゃ ()			
その他		体質や病気のことで心配なこと・保護者からみた性格等、配慮が必要なことがある場合			

記入漏れのないように、ご面倒ですが、今一度ご確認ください。