

児童票

記入日 20 年 月 日

ふりがな 児童氏名				□ 男 □ 女
生年月日	西暦 20 年 月 日生 (歳 ヶ月 第 子)			
住所	〒 -	自宅電話番号	()	
保護者①	氏名	携帯電話番号		
	メールアドレス	@		
	勤務先	〒 -	電話番号	()
保護者②	氏名	携帯電話番号		
	メールアドレス	@		
	勤務先	〒 -	電話番号	()
通っている 保育所・学校		かかりつけ 病院		
乳児期	出生時の異常	なし ・ あり ()		
	乳幼児健診での異常	なし ・ あり ()		
食物アレルギー	なし ・ あり (牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他 ())			

予防接種	ワクチンの種類	1回	2回	3回	4回	ワクチンの種類	1回	2回	3回	ワクチンの種類	1回	2回
		ヒブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日本脳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	麻疹・風疹	<input type="checkbox"/>
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	
	四種混合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ロタウィルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他		
	耳下腺炎(おたふく)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			水ぼうそう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

感染症 既往歴	麻疹(はしか)	なし ・ あり (歳 ヶ月)	その他の感染症既往歴 ※なるべく具体的にお願いいたします。
	水ぼうそう	なし ・ あり (歳 ヶ月)	
	百日咳	なし ・ あり (歳 ヶ月)	
	耳下腺炎	なし ・ あり (歳 ヶ月)	
	B型肝炎	なし ・ あり (歳 ヶ月)	

薬物アレルギー	なし ・ あり (薬品名:)
---------	-----------------

これまでの 病気	熱性けいれん	なし ・ あり	初めてなった時 年 月 (歳 ヶ月) 直近 年 月 (歳 ヶ月) これまでの回数 回 処方されている薬 なし ・ あり ()
	喘息	なし ・ あり	薬の服用状況 内服 ・ 吸引 () 使用していない ・ 毎日使用 ・ 発作時のみ
	アトピー性皮膚炎	なし ・ あり	治療法
	その他の病気 感染症	なし ・ あり	病名 症状 ※なるべく具体的にお願いいたします。
	入院したこと	なし ・ あり	病名 年 月 (歳 ヶ月) 病名 年 月 (歳 ヶ月)

食事形態	ミルク	1日 回 / ml
	食事	離乳食 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 幼児食（刻み） ・ 幼児食（完了）

緊急連絡先		
第1優先	第2優先	第3優先
氏名 続柄	氏名 続柄	氏名 続柄
電話番号	電話番号	電話番号

その他	※お子様の好きな遊びやお昼寝時などの入眠の癖、もしくは、心配事や配慮してほしい事などがございましたらご記入ください。

【ご利用調査アンケート】

ぽかぽか保育園を知ったきっかけはなんですか？

看板 ・ 子育て支援センターのポスター ・ 投函チラシ ・ 市役所 ・ 知人からの紹介
 検索（検索ワード ） ・ 子育てガイドブック ・ Youtube
 インスタグラム ・ 近隣店舗ポスター ・ 薬局、病院内のポスター