

# 児童票

カルテ番号

年 月 日 記入

ふりがな		男	生年月日	平成・令和	年	月	日
氏名		女				歳	ヵ月
保護者	①氏名	続柄		電話番号			
	勤務先	住所					
	②氏名	続柄		電話番号			
	勤務先	住所					
	自宅住所(〒 )				電話番号		
保育所・学校							電話
かかりつけ病院							電話
乳児期	出産時の異常	なし・あり( )					
	乳幼児健診での異常	なし・あり( )					
予防接種	Hib(ヒブ) (未・1回・2回・3回・4回)	日本脳炎 (未・1回・2回・3回)		水痘(水ぼうそう)(未・1回・2回)			
	肺炎球菌 (未・1回・2回・3回・4回)	B型肝炎 (未・1回・2回・3回)		麻疹・風疹 (未・1回・2回)			
	四種混合 (未・1回・2回・3回・4回)	口タ (未・1回・2回・3回)		BCG (未・済)			
	耳下腺炎(おたふくかぜ)(未・1回・2回)	その他( )					
感染症歴	麻疹(はしか)	なし・あり( 歳 ヵ月)					
	水痘(水ぼうそう)	なし・あり( 歳 ヵ月)					
	百日咳	なし・あり( 歳 ヵ月)					
	耳下腺炎(おたふくかぜ)	なし・あり( 歳 ヵ月)					
	B型肝炎	なし・あり( 歳 ヵ月)					
	その他(具体的に)						
食物アレルギー	なし・あり(品目: )						
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	初回	歳	ヵ月
				最後	歳	ヵ月
				これまでの回数	回	
				現在の抗けいれん薬の使用	なし・あり	
	喘息	なし	あり	薬の服用状況（内服・吸入） 使用していない・発作の時のみ使用・毎日使用		
アトピー性皮膚炎	なし	あり	治療法	内服液・食事療法		
その他の病気・感染症	なし	あり	病名（ ）			
			具体的にお書きください。			
入院したこと	なし	あり	病名：	歳	ヵ月	
			病名：	歳	ヵ月	
			病名：	歳	ヵ月	
			病名：	歳	ヵ月	
			病名：	歳	ヵ月	
使用している薬	喘息・アトピー性皮膚炎、 けいれん等で、 常時使用しているお薬	なし	あり	具体的にお書きください。		
その他	心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。					
緊急連絡先	第1連絡先		第2連絡先		第3連絡先	
	氏名	続柄（ ）	氏名	続柄（ ）	氏名	続柄（ ）
	TEL		TEL		TEL	
	第4連絡先		第5連絡先		第6連絡先	
	氏名	続柄（ ）	氏名	続柄（ ）	氏名	続柄（ ）
	TEL		TEL		TEL	