

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 カ月		
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 カ月)				
	水痘(水ぼうそう)	なし・あり(歳 カ月)				
	百日咳	なし・あり(歳 カ月)				
	耳下腺炎(おたふくかぜ)	なし・あり(歳 カ月)				
	B型肝炎	なし・あり(歳 カ月)				
	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	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	
	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	
	TEL		TEL		TEL	