

病後児室 とんぼ 児童票

記入日: 令和 年 月 日

記入者氏名:

1. 世帯・児童の状況等

ふりがな	男 女	生年月日	お子さんの愛称	
氏名		年 月 日生		
保護者	父・氏名		母・氏名	
	自宅住所(〒)		自宅電話 - -	
兄弟	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	
緊急連絡先	父	携帯番号	勤務先電話番号	
		職業	勤務先名	
	母	携帯番号	勤務先電話番号	
		職業	勤務先名	
	その他(祖父母など)		続柄()	電話番号 (携帯・自宅・勤務先)
	予防接種 <small>終了したものに○を付ける</small>	ヒブ : 1回目・2回目・3回目・4回目		小児肺炎球菌 : 1回目・2回目・3回目・4回目
B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目		ロタウイルス : 接種あり ・ 接種なし		
BCG : 接種あり ・ 接種なし		4種(3種)混合 : 1回目・2回目・3回目・4回目		
麻疹・風疹混合(MR) : 1回目・2回目		水痘(みずぼうそう) : 1回目・2回目		
おたふくかぜ : 1回目・2回目		日本脳炎 : I期1回・II期2回・追加・II期		
その他 :				

2. 既往歴等

既往歴	麻疹(はしか) : 罹患なし・罹患あり(歳 カ月)	水ぼうそう : 罹患なし・罹患あり(歳 カ月)
	百日咳 : 罹患なし・罹患あり(歳 カ月)	おたふく : 罹患なし・罹患あり(歳 カ月)
	B型肝炎 : キャリアでない ・ キャリアである ※キャリアとは母子感染などで体内にB型肝炎ウイルスを保有している状態	
	気管支喘息	なし・あり → 毎日薬を服用(吸入・内服)・発作時のみ薬を使用
	熱性けいれん	なし・あり → 初回(歳 カ月) 最後(歳 カ月) これまでに(回) 痙攣予防薬 : なし・あり (°C以上で使用)
	食物アレルギー	なし・あり → 食べ物と症状 :
	アトピー性皮膚炎	なし・あり
	その他の病気	
入院歴	なし・あり → 年齢・病名 :	
その他	体質や癖など、心配な事・配慮が必要なことがあれば記入してください。	