

児 童 票

入 園 児 童		家 庭 状 況 及 び 環 境 調 査						
		ふりがな					生	年 月 日
		氏 名					年	月 日
		現住所						
電 話	()				入園月日 令和	年	月 日	
					退園月日 令和	年	月 日	
家 族 お よ び 同 居 人	名	続柄	生年月日	勤 務 先	勤 務 先 住 所	電 話		
	ふりがな							
	ふりがな							
	ふりがな							
	ふりがな							
	ふりがな							
	ふりがな							

勤務時間	平 日		土 曜		平 日		土 曜	
	父				母			

<緊 急 連 絡 先>

氏名	1 (続柄)	2 (続柄)	3 (続柄)	4 (続柄)
電話				
携帯電話				

<主 な 送 迎 者>

1	2	3
---	---	---

健康保険証	
(保険種類)	(記号) (番号)
かかりつけ医院 外科名()Tel	内科名()Tel
アレルギーがありますか? (ある・ない)	お子さんの平熱
アレルギーの内容を記入して下さい	℃
熱性けいれんを起こしたことがありますか? (ある・ない)	
どのような状況で熱性けいれんを起こしたのか記入して下さい	

健診の状況

乳児健診 (月)	受けた	受けない	
乳児健診 (月)	受けた	受けない	
乳児健診 (月)	受けた	受けない	
1歳6ヶ月健診	受けた	受けない	
3歳児健診	受けた	受けない	

予防接種

H i b				肺炎球菌				4種混合				B型肝炎			日本脳炎		
I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	I	II	III
MR (麻しん・風しん)		水痘		BCG	おたふく	ロタウイルス	その他										
I	II	I	II														

※接種したものには○を記入してください

既往症(かかったことのある病気)

突発性発疹	水痘	おたふく	麻しん	風しん	百日咳	脱臼	ヘルニア	喘息	けいれん	RSウイルス	その他

※かかったことのある病気に○を記入して下さい

※持病があれば記入して下さい

持病名

いつ頃からですか

現在の状況

通院先

医師からの注意事項

その他