

児童票

児童氏名	ふりがな		保護者氏名		入所 年 月 日
		男 女			通所 年 月 日
生年月日 平成 年 月 日					

住所	東京都
----	-----

家族の状況	続柄	氏名	年齢	緊急時の連絡先
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	

出生暦	第 子	分娩	正規・異常・早産(月) 出生時体重 g
-----	-----	----	----------------------

入所前の健康状態	病歴	はしか	ヶ月	百日咳	ヶ月	脱臼	ヶ月
		ジフテリア	ヶ月	肺炎	ヶ月	結膜炎	ヶ月
		猩紅熱	ヶ月	とびひ	ヶ月		ヶ月
		耳下腺炎	ヶ月	手足口病	ヶ月		ヶ月
		水痘	ヶ月	ヘルニア	ヶ月		ヶ月

予防接種	はしか	ジフテリア	猩紅熱	耳下腺炎	水痘	百日咳	赤痢	肺炎
	とびひ	手足口病	ヘルニア	脱臼	その他かかりやすい病気・今までにした怪我等			

その他特記事項	血液型
	型