

病児・病後児保育ルーム児童票

記入日：令和 年 月 日

登録児童	ふりがな 氏名		愛称	生年月日	・	・	
				性別	男・女		
	自宅住所（〒799- ） 四国中央市						
	自宅電話番号： （ ）						
	兄弟姉妹		歳（男・女）	歳（男・女）	歳（男・女）		
	通園施設名		電話（ ）				
かかりつけ医		医院・病院（ ）先生					
緊急連絡先 （2ヶ所）	①	氏名： （続柄）		②	氏名： （続柄）		
		連絡先：			連絡先：		
	連絡先電話：		連絡先電話：				
	携帯番号：		携帯番号：				
周産期	妊娠中の異常：（無・有）						
	出生児体重： g						
	出生日：（予定通り・ 日早かった・遅かった） ・ 在胎（ 週）						
	出生時の異常：（無・有）						
発達	首のすわり： ケ月		母親の後追い： ケ月				
	寝返り： ケ月		栄養方法：（母乳・人工・混合）				
	おすわり： ケ月		離乳食開始時期				
	一人歩き： ケ月		前期： ケ月		後期： ケ月		
	人見知り： ケ月		中期： ケ月		後期： ケ月		
	初語（意味のある言葉）： 歳						
予防接種	三・四種混合	受けてない・受けた（1回・2回・3回・1期追加）					
	ヒブ	受けてない・受けた 歳 カ月から開始（1回・2回・3回・追加）					
	小児用肺炎球菌	受けてない・受けた 歳 カ月から開始 （1回・2回・3回・追加・追加の追加{13価}）					
	ロタウイルス	受けてない・受けた （1回・2回・3回）		BCG	受けてない・受けた		
	ポリオ	受けてない・受けた・生ワクチン・不活化ワクチン（1回・2回・3回・追加）					
	おたふく	受けてない・受けた（1回・2回）		みずぼうそう 水痘	受けてない・受けた（1回・2回）		
	A型肝炎	受けてない・受けた（1回・2回・3回）					
	B型肝炎	受けてない・受けた（1回・2回・3回）					
	日本脳炎	受けてない・受けた（1回・2回・追加）					
	はしか 麻疹・風疹混合ワクチン		受けてない・受けた（1回・2回）				

