児童票は個人情報です。取扱いに注意して下さい。（園外への持出し及び保育以外の事には使用できません。）

　　　　　　　　　＊母子手帳を見ながら記入してください。記入漏れのないようにお願いします。

児 童 の 家 庭 ・ 健 康 状 況　　　　　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生　育　歴 | 出　産　順　位 | | 人中（第　　子） | | | | | 出産時の体重（　　　ｇ） | | | | | | 妊娠　 週　 日 | |
| 分　娩　方　法 | | 自然分娩　　帝王切開 | | | | | 早　産　（　　　　ヵ月） | | | | | | | |
| 授　　　乳 | | 母乳 ・ 人工・ 混合 | | | | | 離乳食 | | 開始（　 　ヵ月）終（ 　　 ヵ月） | | | | | |
| 発　　　達 | | 這う（　　 ヵ月）・つかまり立ち（ 　　 ヵ月）・歩き始め（　 　 ヵ月） | | | | | | | | | | | | |
| 食　　　事 | | 偏食（有・無）・好きな物（　　　　　　）・嫌いな物（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 食物アレルギー（有・無）食品名（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 罹患傾向 | ・その他の罹患は（　）に記入する | | | つかれやすい・扁桃腺肥大・じんましん・ひきつけ・喘息・　　　　　　　脱臼しやすい・下痢しやすい・皮膚が弱い・微熱  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 既　往　歴 | 区　分 | 麻　疹  （はしか） | | | | 風　疹  （三日ばしか） | 水　痘  （水ぼうそう） | | 百日咳 | | 耳下腺炎  （おたふく） | | 日本脳炎 | | ジフテリア |
| 年　齢 | 歳 | | | | 歳 | 歳 | | 歳 | | 歳 | | 歳 | | 歳 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 予　防　接　種　（　定　期　） | 接種名 | | 接　種　時　期 | | | | | | | | | 備　考 | | | |
| ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌ｂ型  （Ｈｉｂ） | | 1回 | | 済・未 | | H・R　　年　　月　　日 | | | | | 2～7ヵ月未満 | | | |
| ２回 | | 済・未 | | H・R　　年　　月　　日 | | | | | 前回接種より4週間以上あけて | | | |
| ３回 | | 済・未 | | H・R　　年　　月　　日 | | | | |
| 追加 | | 済・未 | | H・R　　年　　月　　日 | | | | | 3回接種後7ヵ月以上あけて | | | |
| 小児用肺炎球菌 | | 1回 | | 済・未 | | H・R　　年　　月　　日 | | | | | 2～7ヵ月未満 | | | |
| ２回 | | 済・未 | | H・R　　年　　月　　日 | | | | | 前回接種より4週間以上あけて | | | |
| ３回 | | 済・未 | | H・R　　年　　月　　日 | | | | |
| 追加 | | 済・未 | | H・R　　年　　月　　日 | | | | | 3回接種後60日以上あけて1歳以降に | | | |
| ｼﾞﾌﾃﾘｱ・百日せき  破傷風・ポリオ  （四種混合）  （H24.11月導入） | | １回 | | 済・未 | | H・R　　年　　月　　日 | | | | | ３～90ヵ月　標準3～12ヵ月  20日～56日の間隔をおいて  3回 | | | |
| ２回 | | 済・未 | | H・R　　年　　月　　日 | | | | |
| ３回 | | 済・未 | | H・R　　年　　月　　日 | | | | |
| 1期追加 | | 済・未 | | H・R　　年　　月　　日 | | | | | 1期終了から6ヵ月以上あけて | | | |

裏面も記入して下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予　防　接　種　（　定　期　） | 接種名 | 接　種　時　期 | | | 備　考 |
| Ｂ Ｃ Ｇ | 済　・　未 | | H・R　　年　　月　　日 | 生後6ヵ月までに１回 |
| 麻疹・風疹  （ＭＲ混合ﾜｸﾁﾝ） | １期 | 済・未 | H・R　　年　　月　　日 | １歳～２歳未満 |
| 風疹  （単抗原） | １期 | 済・未 | H・R　　年　　月　　日 | １歳～２歳未満 |
| 麻疹  （単抗原） | １期 | 済・未 | H・R　　年　　月　　日 | １歳～２歳未満 |
| 水痘  （水ぼうそう） | １回 | 済・未 | H・R　　年　　月　　日 | 1歳以上3歳未満 |
| ２回 | 済・未 | H・R　　年　　月　　日 | 1回接種後,標準6ヵ月以上あけて |
| 日本脳炎 | １回 | 済・未 | H・R　　年　　月　　日 | 6～90ヵ月　標準３歳  6日～28日までの間隔で2回 |
| ２回 | 済・未 | H・R　　年　　月　　日 |
| 1期追加 | 済・未 | H・R　　年　　月　　日 | 1期を終え概ね1年後に1回 |
| Ｂ型肝炎  Hepatitis B | １回 | 済・未 | H・R　　年　　月　　日 | 2～9ヵ月未満 |
| ２回 | 済・未 | H・R　　年　　月　　日 | 1回接種後27日以上あけて |
| ３回 | 済・未 | H・R　　年　　月　　日 | 1回接種後5ヵ月以上あけて |
| 1　三種混合とポリオの接種が完了していない場合のお子さんは，医療機関にご相談のうえ接種して下さい。なお，平成24年度は，ポリオの接種が経口接種から皮下接種に変わりましたので，母子手帳を確認し，記入して下さい。  2　上記定期接種の日程等は，保健センターにお問い合せ下さい。  3　任意接種には，ロタウイルス，おたふくかぜ，インフルエンザ等があります。ご希望の方は，医療機関にお問い合せ下さい。 | | | | | |