

# 乳幼児家庭生活調査票（児童票）



令和 年 月 日 記入

ふりがな 氏名	幼 児		保 護 者		
生年月日	令和 年 月 日生	(幼児の) 性別		(保護者との) 続柄	
現住所					
電話番号					
緊急時 の 連絡先 ※かける順に 番号をふって ください	母勤務先		(電話 )		
	(携帯)				
	父勤務先		(電話 )		
	(携帯)				
	その他		(電話 )		

健康 の 状 況	平 熱	℃	かかりつけの病院	
	治療している病気			
	アレルギー			
	かかりやすい病気			

※ 以下の欄は記入しないでください。

入 園 日	令和 年 月 日
転 入 園 日	令和 年 月 日
転・退園日	令和 年 月 日

予防接種の記録	四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）			BCG		
	第1期	初回	1回	年 月 日		年 月 日
			2回	年 月 日	麻しん風しん（MR）	
			3回	年 月 日	1期	年 月 日
		追加		年 月 日	2期	年 月 日
	ヒブ（インフルエンザ菌b型）			水痘（みずぼうそう）		
	初回	1回	年 月 日	1回	年 月 日	
		2回	年 月 日	2回	年 月 日	
		3回	年 月 日	B型肝炎		
	追加		年 月 日	初回	1回	年 月 日
	小児肺炎球菌				2回	年 月 日
	初回	1回	年 月 日	追加		年 月 日
		2回	年 月 日	おたふくかぜ		
		3回	年 月 日	1回	年 月 日	
	追加		年 月 日	2回	年 月 日	
	日本脳炎			ロタウイルス		
	第1期	初回	1回	年 月 日	1回	年 月 日
			2回	年 月 日	2回	年 月 日
		追加		年 月 日	3回	年 月 日
	【 感染したことのある感染症 】					
突発性発疹（      歳      か月）      おたふくかぜ（      歳      か月）						
水ぼうそう（      歳      か月）						
その他（      歳      か月）						