

児童票

平成 年 月 日

ふりがな 氏名				性別	男 ・ 女	
				血液型		
生年月日	平成 年 月 日			入園日	年 月 日	
第何子	子			退園日	年 月 日	
				卒園日	年 月 日	
基本情報	住所					
	電話番号		F A X 番号			
	メールアドレス					
家族構成	氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務先・所属園・所属校（電話番号）	
出産情報	出産状況				授乳状況	
	出産時体重				妊娠中の病気	
かかりつけ医						
	保険証番号	記号	番号			
予防接種	B C G	年 月	日本脳炎	年 月		
	麻疹（はしか）	年 月	四種混合（1回目）	年 月		
	風疹（ふうしん）	年 月	四種混合（2回目）	年 月		
		年 月	四種混合（3回目）	年 月		
		年 月	四種混合（追加）	年 月		
既往歴	風疹ふうしん	年 月	りんご病	年 月		
	麻疹はしか	年 月	突発性発疹	年 月		
	水痘すいとう	年 月	百日せき	年 月		
	おたふく風邪	年 月	川崎病	年 月		
	手足口病	年 月				
その他医療情報						
備考						