

# 病児保育室児童票

年 月 日記入

記入者名

ふりがな	男・女	生年月日
氏名		年 月 日生

住所(〒 - ) 自宅電話( ) -

家族	父	氏名 ( 歳)	携帯電話	
		勤務先名	電話	
	母	氏名 ( 歳)	携帯電話	
		勤務先名	電話	
	同居家族	続柄	学校名・職業等	連絡先

保育所名

家庭医

受けたものに☑をつけて下さい

かかったものに☑をつけて下さい

予防接種	BCG	<input type="checkbox"/>	ロタ (1価)	<input type="checkbox"/>	感染症歴等	<input type="checkbox"/> 麻しん
	4種混合	<input type="checkbox"/>	(5価)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 風しん
	3種混合	<input type="checkbox"/>	MR	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 水ぼうそう
	ポリオ単独	<input type="checkbox"/>	(麻しん風しん混合)			<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
	ヒブ	<input type="checkbox"/>	水ぼうそう	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 突発性発疹
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 百日咳
	B型肝炎	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 自家中毒
	その他					<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー