

児 童 票

患者番号

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 氏 名	愛 称	生年月日 平成 年 月 日 (歳 ヶ月)
-------------	-----	--------------------------

新生児期	出生時の異常 無 ・ 有 ()
------	------------------

予 防 接 種	BCG 年 月	ポリオ 生ワクチン (回) 不活化ワクチン (回) 接種済
	Hib (ヒブ) (1回目) 年 月 (2回目) 年 月 (3回目) 年 月 (4回目) 年 月	
	肺炎球菌 (1回目) 年 月 (2回目) 年 月 (3回目) 年 月 (4回目) 年 月	
	三種混合 I期 (1回目) 年 月 (2回目) 年 月 (3回目) 年 月 または、四種混合 I期追加 年 月	
	MR (麻疹・風疹混合) I期 年 月 II期 年 月	
	日本脳炎 I期 (1回目) 年 月 (2回目) 年 月 I期追加 年 月	
	おたふく 年 月	水ぼうそう 年 月
	その他 () 年 月 () 年 月	

こ れ ま で に か か っ た 病 気	突発性発疹 歳 ヶ月	水痘 (水ぼうそう) 歳 ヶ月
	流行性耳下腺炎 (おたふく) 歳 ヶ月	麻疹 (はしか) 歳 ヶ月
	風疹 歳 ヶ月	
	その他の感染症	
	熱性痙攣	ない ・ ある これまでに、何回起こしているか (回) 最後は、いつ 年 月 日 抗痙攣剤、使用の指示 無 ・ 有 (°C以上)
	喘息	ない ・ ある } ・ 薬を 飲んでいる ・ 飲んでいない ・ 発作時のみ ・ 吸入治療を している ・ していない ・ 発作時のみ
	喘息と診断はされていないがその傾向にある	ない ・ ある
	アトピー性皮膚炎	ない ・ ある 治療は、 内服薬 ・ 外用薬 ・ 食事療法
	食物アレルギー	ない ・ ある ()
	その他の病気	
入院したこと	ない ・ ある ・ 病名 : 歳 ヶ月 ・ 病名 : 歳 ヶ月 ・ 病名 : 歳 ヶ月	
常時、内服している薬、又は外用薬 (吸入、軟膏など)	ない ・ ある (薬名や服用回数など、具体的に)	
食事制限	ない ・ ある (加工品は、可・不可など、具体的に)	
その他	体質 (薬物アレルギー等) や癖、心配なこと、配慮してほしいことについて、具体的にお書きください。	

利用料金	徴収 ・ 免除	受付日 年 月 日
------	---------	-----------