

児 童 票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな		男 女	保護者様氏名(患者様)		受診科
お子様氏名			児童との続柄()		産科 婦人科 小児科 生殖医療婦人科 おっぱいマッサージ 横田レディースクリニック その他()
生年月日	平成 年 月 日生	年齢	歳 ヶ月		
住所	〒 電話番号 () -				
家族の状況	続柄	氏名	生年月日	職業・通学、園先等 (電話番号)	携帯電話番号
				()	
				()	
				()	
				()	
その他の緊急連絡先①		氏名	(続柄)	電話番号	
その他の緊急連絡先②		氏名	(続柄)	電話番号	

出生状況	第 子	分娩	正常・異常(帝王切開・吸引・仮死・早産 週 日				出生体重	g
既往歴	病名	麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎	百日咳	突発性発疹	
	発症年齢							
予防接種	注射名	ツベルクリン		BCG	ポリオ	三種混合		
	接種年月日				1. 2.	1. 2.	3. 追加	
	注射名	麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎	日本脳炎	インフルエンザ	
	接種年月日							
体的特質	・平熱()度くらい ・アレルギー 無 ・ 有 (喘息 ・ 鼻炎 ・ 結膜炎 ・ 湿疹) ・食物除去 無 ・ 有 (食品名:) ・脱臼しやすい箇所 (どの関節か:) 股関節脱臼 無 ・ 有 ・ひきつけを起こしたことが 無 ・ 有 (歳頃・どんな時:) ・特に注意しなければならない事 () ・血液型() 型							

この児童票は保育イベント等のご案内に使わせて頂きます。

※ご案内を希望されますか？

はい

いいえ