

リトルストークよこた

児童票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな				保護者氏名(患者様)	受診科		
お子様氏名	男	児童との続柄()			産科 婦人科		
	女				小児科		
生年月日	平成 年 月 日生	年齢	歳	ヶ月	生殖医療婦人科 おっぱいマッサージ 横浜レディースクリニック その他()		
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	風しん	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	ロタ		麻疹風疹混合	四種混合		
	接種年月日	1.		1.	追加.		
		2.		2.			
		(3).		3.			
	注射名	ヒブ		流行性耳下腺炎	水痘	日本脳炎	
	接種年月日	1.	追加.	1.	1.	1.	
	2.		2.	2.	2.		
	3.		3.		追加.		
注射名	肺炎球菌		B型肝炎	BCG	インフルエンザ		
接種年月日	1.	追加.	1.				
	2.		2.				
	3.		3.				
体質	・平熱()度ぐらい ・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						
備考	☆好きな遊びは何ですか? []						
	☆ご家庭での呼び名(ニックネーム)を教えてください。 []						