

# 児童票

令和 年 月 日 記入

ふりがな			性別	生年月日		血液型	平熱
児童氏名				平成・令和 年 月 日		型	℃
ふりがな			続柄	住所			
保護者氏名				〒 -			
健康保険	保険者名(例:全国健康保険協会徳島支部)			記号	番号		
かかりつけ医	【内科】 医院名 住所 電話番号		【歯科】 医院名 住所 電話番号		【その他かかりつけ医がある場合】 医院名 住所 電話番号		
緊急連絡先	1	氏名	続柄	電話番号	自宅・携帯電話・勤務先・その他		
	2	氏名	続柄	電話番号	自宅・携帯電話・勤務先・その他		
家族の状況	氏名	生年月日	健康状態	勤務先・学校・幼稚園	勤務先電話	勤務時間	
	続柄				( ) -	平日 : ~ : 土曜 : ~ :	
	続柄				( ) -	平日 : ~ : 土曜 : ~ :	
	続柄				( ) -	平日 : ~ : 土曜 : ~ :	
	続柄				( ) -	平日 : ~ : 土曜 : ~ :	
	続柄				( ) -	平日 : ~ : 土曜 : ~ :	
	続柄				( ) -	平日 : ~ : 土曜 : ~ :	
自宅付近の地図	<p>※通園ルートではなくて結構です。自宅付近にある分かりやすい建物から、自宅までの略図をご記入ください。</p>						
通常の送迎者	送り	(続柄) _____	迎え	(続柄) _____			
代理の送迎者	送り	(続柄) _____	迎え	(続柄) _____			
通園方法	自動車・徒歩・自転車・その他( )			所要時間	(新規申込の場合は、第1希望の園までの所要時間を記入)		

発 育 歴	出産状況	分娩	安産 ・ 難産 ( )		出生時体重 ( )g									
	栄 養	母乳 ・ 人工 ・ 混合		離乳はじめ( )か月 断乳( )か月										
	発 育	良い ・ 普通 ・ 不良		その他特記事項										
発 育 状 況	笑 う ( )か月	首がすわる( )か月	寝返り ( )か月	玩具をにぎる ( )か月										
	人見知り ( )か月	お 座 り ( )か月	はいはい( )か月	つかまり立ち ( )か月										
	独り立ち ( )か月	歩 行 ( )か月	始 語 ( )か月	歯の生えはじめ ( )か月										
幼 児 の 保 健 状 況	食 事	量 朝：(多い・普通・少ない)、昼：(多い・普通・少ない)、夜：(多い・普通・少ない) 方法 ( 箸 ・ スプーン ・ 手づかみ ) 時間 ( )分 食物アレルギー ( ) 苦手な食品名 ( )												
	排 泄	大便 ( 硬便 ・ 普通 ・ 軟便 ・ 下痢 ・ 便秘 ) 夜尿 ( する ・ 時々する ・ しない ) おむつ ( している ・ していない )												
	睡 眠	就寝 ( )時 起床 ( )時 昼寝 ( する ( 分位) ・ しない ) ねつき ( 良い ・ 悪い ) 目覚め ( 良い ・ 悪い ) 添い寝 ( する ・ しない )												
	着 衣	ひとりでできる ・ 手助けをすればできる ・ できない												
	清 潔	手 洗 い ( ひとりでできる ・ 手助けをすればできる ・ できない ) 洗 顔 ( ひとりでできる ・ 手助けをすればできる ・ できない ) 歯 磨 き ( ひとりでできる ・ 手助けをすればできる ・ できない ) う が い ( ひとりでできる ・ 手助けをすればできる ・ できない )												
	言 葉	めいりょう ・ 不めいりょう 気になること( )												
	遊 び	友だちと遊ぶ ・ ひとりで遊ぶ ・ 大人と遊ぶ			好きな遊び ( )									
	保 健 の 状 況	受けた 予防接種	ロタウイルス	Hib	肺炎球菌	B型肝炎	三種混合 四種混合	ポリオ	麻しん 風しん	日本脳炎				
			1. 年月 2. 年月 3. 年月 BCG 年月	1. 年月 2. 年月 3. 年月 4. 年月	1. 年月 2. 年月 3. 年月 4. 年月	1. 年月 2. 年月 3. 年月 日	1. 年月 2. 年月 3. 年月 4. 年月	1. 年月 2. 年月 3. 年月 4. 年月	1. 年月 2. 年月 水痘 1. 年月 2. 年月	1. 年月 2. 年月 3. 年月 4. 年月				
	既 往 症	麻 疹 ( )歳		風 疹 ( )歳		水 痘 ( )歳		中 耳 炎 ( )歳		百 日 咳 ( )歳	肺 炎 ( )歳	脱 臼 ( )歳	流 行 性 耳 下 腺 炎 ( )歳	_____ ( )歳
病 癩 及 び 体 質	ひきつけ ぜんそく 眼・鼻・耳の疾患( ) 心臓疾患													
	ヘルニア 風邪ひきやすい 脱臼 (部位: ) アレルギー疾患 ( ) その他注意を要する事項													
保 育 歴	主に子育てをした人 ( 父 母 ・ 祖 父 母 ・ そ の 他 )													
	保育所経験 ( 歳 か月 ~ 歳 か月 ) 保育所名 ( )													
そ の 他	お子さんのことで気にかかることや、不安なことがあれば記入してください。													

( )内に記入し、該当するものに○印を入れてください。