

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			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	※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。					
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 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 歴	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 の 状 況 が た	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	四種混合 五種混合	ポリオ	麻しん 風しん	日本脳炎
			1. 年月	1. 年月	1. 年月	1. 年月	1. 年月	1. 年月	1. 年月	1. 年月
	保 健 の 状 況	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					
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	日常生活の中でお子さんの健康面や言葉、行動などについて気になることはありますか。 身体 ・ 言葉 ・ 行動 ・ 人との関わり									
	その他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。