



新宿西口ファミリー保育園 児童票

※**太枠内**をご家庭にてご記入ください。

※個人情報保護法にもとづいて、記入いただいた個人情報は適正に取り扱いたします。

※児童票はお子様退園後5年間保育園で保管いたします。

20 年 月 日 記入

ふりがな				生年月日	20 年 月 日生	
児童名				愛称		
住所	〒			性別	男 ・ 女	
				血液型	型 RH (+・-)	
固定電話				健康保険	種類(社保・国保・共済・その他)	
FAX					記号_____番号_____	
保険者名()						
緊急連絡先	第一	氏名 (続柄:) TEL				
	第二	氏名 (続柄:) TEL				
家族の状況	父	フリガナ				勤務先名
		氏名	-----			勤務先住所
			(年 月 日生 才)			勤務先電話
						携帯電話
	母	フリガナ				勤務先名
		氏名	-----			勤務先住所
			(年 月 日生 才)			勤務先電話
						携帯電話
	続柄	氏名 (フリガナ)		生年月日 (年齢)		健康状態
				西暦 年 月 日 (才)		
				西暦 年 月 日 (才)		
				西暦 年 月 日 (才)		
			西暦 年 月 日 (才)			
送迎	通常時送迎者	送り			迎え	
	代理送迎者	送り			迎え	
	代理送迎者	送り			迎え	
	通園方法	徒歩・自転車・バス・電車・車・()			通園所要時間	時間 分

かかりつけ医院	病院名	診療科目	電話番号

生育暦

出生歴	栄養方法	母乳()ヶ月まで	授乳回数/量：()時間毎・()cc・1日()回位	
		混合()ヶ月まで	吐乳の有無：(よくある・ときどきある・ない)	
		人工()ヶ月まで	離乳始め()ヶ月	断乳()ヶ月
発育歴	食事	好きなもの()	苦手なもの()	
		離乳食(初期・中期・後期・完了食) 普通食	量(多い・普通・少ない)	
		方法(手づかみ・スプーン・箸)	かかる時間()分程度	
		水分補給(ミルク・麦茶)	方法(哺乳瓶・スパウトマグ・ストローマグ・コップ)	
		アレルギー特定原材料7品目(えび・かに・小麦・そば・卵・乳・落花生)その他()		
		紙おむつ・布オムツ・パンツ		
	排泄	オムツのサイズ(S・M・L・BIG・XXL)		
		大便(ひとりのできる・手助けをすればできる・できない)		
		小便(ひとりのできる・手助けをすればできる・できない)		
	発達	夜尿(する・ときどきする・しない)	添寝(する・しない)	
		おすわり・ずりばい・ハイハイ・つかまり立ち・伝い歩き・一人歩き		
		麻疹()歳 風疹()歳 水痘()歳 百日咳()歳 肺炎()歳 流行性耳下腺炎()歳 突発性発疹()歳 その他()歳		
病歴及び体質	<input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢症 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 喘息(内服・吸入) 歳 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 [病名：] <input type="checkbox"/> けいれん [熱性けいれん・その他：] <input type="checkbox"/> 脱臼 (部位：) <input type="checkbox"/> 急性中耳炎(右・左) 歳 <input type="checkbox"/> 慢性中耳炎(右・左) 歳 <input type="checkbox"/> 滲出性中耳炎(右・左) 歳 <input type="checkbox"/> 難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 弱視(右・左) <input type="checkbox"/> アレルギー疾患(鼻炎・結膜炎 その他：) 薬品名：)			
	その他注意を要する事項			
保育歴	家庭での保育・ベビーシッター・保育所()・その他()			
その他	どんなお子様に育ててほしいですか			
	何か気になることや、お子様の気になる習慣、癖があればご記入ください。			

