

児童票

入園日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

児童名 _____

※**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いたします。

※児童票はお子様が退園後5年間保育園で保管いたします。

児童票

年 月 日 記入

ふりがな								
児童名								
愛称		性別		男 ・ 女				
生年月日		(西暦) 年 月 日生		血液型		型 RH(+・-)		
保護者名		(続柄:)		健康保険		種類(社保・国保・共済・その他)		
住所		〒				記号_____番号_____		
電話番号				FAX				
第一緊急連絡先		氏名 (続柄:) TEL						
第二緊急連絡先		氏名 (続柄:) TEL						
家族 の 状 況	父	フリガナ			勤務先名			
		氏名	(年 月 日生 才)		勤務先住所			
					勤務先電話			
					携帯電話			
	母	フリガナ			勤務先名			
		氏名	(年 月 日生 才)		勤務先住所			
					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	職業	勤務先
				年 月 日 (才)				
				年 月 日 (才)				
				年 月 日 (才)				
			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			
	通園方法	徒歩・バス・電車・車・その他()			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

出生暦	妊娠中の病気	有・無	切迫流産	第 週 ・ 日間入院		
			妊娠中毒症	蛋白尿 ・ 高血圧 ・ 浮腫		
			妊娠貧血	第 週 (Hb g/dl)	内服薬 ・ 注射	
			妊娠悪阻	強い ・ 普通 ・ 軽い		
			その他	()		
	分娩状況	在胎期間	週 (カ月)			
		分娩所要時間	時間 分 : 安産 ・ 難産			
		出血量	少量 ・ 中量 ・ 多量 (ml)			
		異常の有無	なし・早産(週)・遅産(週)・陣痛微弱・早期破水・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開・骨盤位・その他()			
	児の状態	生下時状態	正常 ・ 仮死	出産した院名		
		身長	cm	体重	g	
		頭囲	cm	胸囲	cm	
	の乳児状況	異常なし ・ 頭出血・哺乳力微弱・チアノーゼ・痙攣・高熱・股関節開排制限 啼泣力微弱 ・ 吐乳 ・ 黄疸(無し・普通・強)・光線療法(生後 日より 時間)				
	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		
発育状況	笑う ()ヶ月	首がすわる()ヶ月	寝返り()ヶ月	玩具を握る()ヶ月		
	人見知り()ヶ月	お座り ()ヶ月	はいはい()ヶ月	つかまり立ち()ヶ月		
	独り立ち()ヶ月	歩行 ()ヶ月	始語 ()ヶ月	生歯 ()ヶ月		
発育暦	食事	好きなもの()		嫌いなもの()		
		量 (多い ・ 普通 ・ 少ない)		かかる時間 ()分程度		
		方法(手づかみ ・ 箸 ・ スプーン)				
	排泄	大便(ひとりでできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)			オムツ使用の場合 (紙おむつ・布オムツ)	
		小便(ひとりでできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)				
	睡眠	夜尿 (する ・ ときどきする ・ しない)		添寝 (する ・ しない)		
		就寝()時	起床()時	昼寝(する[: ~ :] ・ しない)		
	清潔	寝つき(良い ・ 悪い)		目覚め(良い ・ 悪い)		
		着脱 ひとりでできる ・ 手助けをすればできる ・ できない				
		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)				
		歯みがき (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)						

発育暦	言葉	明瞭 ・ 不明瞭 ・ その他	
	遊び	友達と遊ぶ ・ 一人で遊ぶ ・ 大人と遊ぶ	好きな遊び()
	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) (歳)	
	病癰及び体質	ひきつけ ・ 鼻血 ・ 喘息 ・ 心臓疾患 ・ 便秘 ・ 下痢症 ・ ヘルニア ・ 風邪を引きやすい ・ 脱臼(部位:) アレルギー疾患()	
		その他注意を要する事項	
	保育暦	家庭での保育 ・ ベビーシッター ・ 保育所 ・ その他()	
その他	お子様のことで不安なことや、保育所に希望することがあれば記入してください。		

予防接種

定期予防接種	Hib (インフルエンザ菌 B 型)	(1)	年	月	日	肺炎球菌 (13 価結合型)	(1)	年	月	日
		(2)	年	月	日		(2)	年	月	日
		(3)	年	月	日		(3)	年	月	日
		(4)	年	月	日		(4)	年	月	日
	B 型肝炎	(1)	年	月	日	DPT-IPV I 期	(1)	年	月	日
		(2)	年	月	日		(2)	年	月	日
		(3)	年	月	日		(3)	年	月	日
	BCG	(1)	年	月	日	麻疹・風疹 混合(MR)	(4)	年	月	日
		陰性・陽性			(1)		年	月	日	
	日本脳炎	年 月 日			(2)	年	月	日		
		(1)	年	月	日	(2)	年	月	日	
		(2)	年	月	日	(1)	年	月	日	
		(3)	年	月	日	(2)	年	月	日	
		(4)	年	月	日	(1)	年	月	日	
					(2)	年	月	日		
					(3)	年	月	日		
			(4)	年	月	日				
その他必要に応じて	注射名	接種日			注射名	接種日				
		年 月 日				年 月 日				
		年 月 日				年 月 日				
		年 月 日				年 月 日				
		年 月 日				年 月 日				
		年 月 日				年 月 日				