

令和 年度 桃の花こども園 保育園児童票

入所児童・保護者	ふりがな				ふりがな					
	園児氏名				保護者氏名					
	生年月日	H・R	年	月	日	生年月日	S・H	年	月	日
	現住所	〒			勤務先住所	〒				
			区				区			
園児送迎者 (複数可) ※例 父、母				勤務先名						
				電話						
保護者・家族・同居人	ふりがな	続柄	生年月日	職業等	勤務先・または学校・幼稚園・保育園等 (住所は市内であれば区から)					
	氏名				勤務先等名					
					住所					
					電話					
					勤務先等名					
					住所					
					電話					
					学校名等					
					電話					
					学校名等					
					電話					
	勤務時間				週休の状況					
保護者名	(月)～(金)	時	～	時	週休2日制	あり	なし			
	土曜日	時	～	時		月 回 (週)	その他 (曜日)			
	その他									
保護者名	(月)～(金)	時	～	時	週休2日制	あり	なし			
	土曜日	時	～	時		月 回 (週)	その他 (曜日)			
	その他									
保育時間	(月)～(金)	登園	時	分	降園	時	分			
	土曜日	登園	時	分	降園	時	分			
								緊急連絡先	※例 母	ケータイ

出生状況	妊娠期間（ 週 日） 正常産 仮死産 鉗子分娩 吸引分娩 逆子 帝王切開			
	出生時の体重（ g） 出生時の身長（ cm） その他特記事項（ ）			
乳児期の状態	栄養（ 母乳 ・ 人工乳 ・ 混合 ） 離乳開始（ か月） 離乳完了（ 歳 か月） 歯の生えはじめ（ 歳 か月） 歩き始め（ 歳 か月） 言葉のはじまり（ 歳 か月）			
予防接種 ※接種して いれば○	BCG ・ MRワクチン（ 1回目 ・ 2回目 ） 五種混合（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加） ヒブ（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加） 肺炎球菌（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加） 水ぼうそう（ 1回目 ・ 2回目 ） おたふくかぜ（ 1回目 ・ 2回目 ） 日本脳炎（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目） B型肝炎（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目） ロタウイルス（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）			
健診の有無 ※受診して いれば○	1か月健診 ・ 3～4か月健診 ・ 9～10か月健診 ・ 1歳児6か月健診 ・ 3歳児健診			
	※受診月齢を過ぎて、未受診の場合は理由（ ） ※健診時の特記事項や健康面、要観察事項があれば記入			
今までにかかった 感染症	はしか（ 年 月） 風疹（ 年 月） 水ぼうそう（ 年 月） おたふくかぜ（ 年 月）			
	突発性発疹（ 年 月） 百日咳（ 年 月） りんご病（ 年 月） その他（ ）			
今までにかかった 病気	けいれん ぜんそく 心臓疾患 川崎病 中耳炎（ 右 ・ 左 ） 肘内障（ 右 ・ 左 ）			
	脱臼（部位 ） ヘルニア（部位 ） その他（ ）			
平熱	°C	入院・手術歴等		
アレルギーの有無や 毎日飲んでいるお薬等の記載				
その他心配な健康状態	便秘 ・ 下痢 ・ その他（ ）			
生活 の 様 子	食事	好きな食べ物	苦手な食べ物	
	排泄	おむつの使用（ 紙・布 ） おまるの使用 トイレ（補助便座含む）の使用 排泄の予告（ 有 ・ 無 ）		
	睡眠	時間	午前 時 ～ 時	昼 時 ～ 時
		寝つき	（良い ・ 悪い）	寝起き （良い ・ 悪い）
		寝るときの様子やくせ	その他（ ）	
		好きなあそび	お子さまの呼び方について（園での呼び方や愛称等のご記入）	
	苦手な事・集団 生活で心配事・ その他ご要望			
	携帯電話	氏名	TEL	
		氏名	TEL	