

児 童 票

入 所 児 童	入所月日	年 月 日			保 護 者	ふりがな								
	ふりがな					男 ・ 女	氏 名	続柄 ()						
	氏 名						生年月日	年 月 日						
	生年月日	年 月 日				勤務先	電話 -							
	現住所	〒 - 区 電話 -				勤務先住所	〒 -							
家 族 及 び 同 居 人	ふりがな 氏 名	続柄	生 年 月 日	健否	職 種 等	勤務先等・住所・電話								
		父				電話 -								
		母				電話 -								
勤 務 時 間					週 休 の 状 況									
父 親	月 曜～金 曜 日	時 分～	時 分	土 曜 日	時 分～	時 分	週休2日制(あり・なし) 月 回(週) その他(曜日)							
母 親	月 曜～金 曜 日	時 分～	時 分	土 曜 日	時 分～	時 分	週休2日制(あり・なし) 月 回(週) その他(曜日)							
通常 の送 り迎 え時 間	月 曜～金 曜 日	送 迎	り え	時 分	時 分	分 分	自宅・保育所間の見取図							
	土 曜 日	送 迎	り え	時 分	時 分	分 分								
送迎者														
緊急の 連絡先	氏 名					電話 -								
	児童との 関係					電話 -								
健 康 保 険 証	保険の種類													
	記 号													
	番 号													
か か り の 病 院	電話 -													
	電話 -													
備 考														

出生状態	在胎期間 (週) 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)						
乳児期の状態	栄養 (母乳・人工乳・混合)		離乳開始 (カ月)		離乳完了 (カ月)		
	歯の生えはじめ (カ月)		歩きはじめ (歳 カ月)		言葉のはじまり (歳 カ月)		
予防接種	BCG : (年 月) MRワクチン : ◎ (年 月), ◎ (年 月) 四種混合 : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月), 追加 (年 月) ・三種混合 : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月), 追加 (年 月) ・ポリオ : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月), 追加 (年 月) ヒブ (Hib) : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月), 追加 (年 月) 肺炎球菌 : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月), 追加 (年 月) 水ぼうそう : ◎ (年 月), ◎ (年 月) 日本脳炎 : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月) B型肝炎 : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月) ロタウィルス : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月) おたふくかぜ : ◎ (年 月), ◎ (年 月) その他 ()						
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) (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 ℃
アレルギー	食物 () ハチ その他 ()						
その他の心配な健康状態	便秘 下痢 その他 () アトピー性皮膚炎						
生活の様子	食事	好きな食べ物			嫌いな食べ物		
	排泄	おむつの使用 (紙・布)		おまるの使用		トイレの使用 排泄の予告 (ある・ない)	
	睡眠	睡眠時間 (昼 : : ~ :), (夜間 : : ~ :) 寝つき (良・否), 寝起き (良・否) 寝る時の様子やくせ :					
	遊び	好きな遊び			家庭ではお子さんをどのように呼んでいますか		
備考							

該当するところを○で囲むか、記入してください。