

児童票

(一時預かり用)

施設名： ミント保育園

利用申請日 _____ 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		平成 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) 記号_____番号_____ 保険者名()			
住所		〒					
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(ひとりのできる ・ 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(ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)				
	夜尿 (する ・ ときどきする ・ しない)			添寝 (する ・ しない)		
	睡眠	就寝()時	起床()時	昼寝(する[: ~ :] ・ しない)		
		寝つき(良い ・ 悪い)		目覚め(良い ・ 悪い)		
	着脱	ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない				
	清潔	手洗い (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)				
洗顔 (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)						
歯みがき (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)						
うがい (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)						

発育暦	言葉	まだ喋らない ・ 喃語 ・ 単語 ・ 二語文 ・ 会話ができる / 明瞭 ・ 不明瞭	
	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)	
	病癆及び体質	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:)	
		その他注意を要する事項	
	アレルギー	無 ・ 有 / 卵(全卵 ・ 卵白) ・ 乳 ・ 小麦 ・ そば ・ 落花生 ・ えび ・ かに その他()	
	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。		

基本的な生活リズム

就寝・起床・食事の時間帯・午前午後睡の時間帯の記入をお願い致します。(大体の目安で構いません)

6:00	16:00
7:00	17:00
8:00	18:00
9:00	19:00
10:00	20:00
11:00	21:00
12:00	22:00
13:00	23:00
14:00	0:00
15:00	

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 年 月 日			(1)	年 月 日	
	日本脳炎	(1)	年 月 日	水痘	(2)	年 月 日	
		(2)	年 月 日		(1)	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		

定期健診

3カ月	受診(済み・未) 特記事項()	1歳半	受診(済み・未) 特記事項()
6カ月	受診(済み・未) 特記事項()	2歳	受診(済み・未) 特記事項()
9カ月	受診(済み・未) 特記事項()	3歳	受診(済み・未) 特記事項()
12カ月	受診(済み・未) 特記事項()		