

入園日_____年_____月_____日

1

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		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	
	乳児期の状況	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)		
		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				
	清潔	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	
	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(食品:)	
	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	ロタ	(1)	年	月	日	B 型肝炎	(1)	年	月	日
		(2)	年	月	日		(2)	年	月	日
		(3)	年	月	日		(3)	年	月	日
	Hib (インフルエンザ菌 B 型)	(1)	年	月	日	肺炎球菌 (15 価・20 価)	(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
	DPT-IPV I 期	(1)	年	月	日	DPT-IPV-Hib I 期	(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
	麻疹・風疹 混合(MR)	(1)	年	月	日	日本脳炎	(1)	年	月	日
		(2)	年	月	日		(2)	年	月	日
	水痘	(1)	年	月	日		(3)	年	月	日
		(2)	年	月	日		(4)	年	月	日
	BCG	(1)	年	月	日					
陰性・陽性										
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			