

新琴似ひだまり保育園

児童票

入園日 年 月 日

ふりかな
児童名

生年月日 年 月 日 (歳 ヶ月)

※**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。

退園日 年 月 日

児童票

年 月 日 記入 記載者： (続柄)

| | | | | | | |
|---------|---------------|---------------|-------------|------|------------------------------------|---------|
| ふりがな | | | | | | |
| 児童名 | | | | | | |
| 希望する愛称 | | | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | 平成 ・ 令和 | 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_____ | |
| 住所 | 〒 | | | | | 保険者名() |
| 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 | | | ご職業 | |
| | | 氏名 | (年 月 日生 才) | | 健康状態 | 健康 ・ 病気 |
| | | | | | 治療・通院中の病気 | |
| | 勤務先名 | | | | | |
| | 勤務先住所 | | 〒(-) | | | |
| | 勤務先電話番号 | | | | | |
| | 携帯電話番号 | | | | | |
| | 母 | フリガナ | | | ご職業 | |
| | | 氏名 | (年 月 日生 才) | | 健康状態 | 健康 ・ 病気 |
| | | | | | 治療・通院中の病気 | |
| 勤務先名 | | | | | | |
| 勤務先住所 | | 〒(-) | | | | |
| 勤務先電話番号 | | | | | | |
| 携帯電話番号 | | | | | | |
| 続柄 | 氏名(フリガナ) | 生年月日(年齢) | | 健康状態 | 職業 | 会社・学校名等 |
| | | 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 | | |
| | 独立立ち()ヶ月 | 歩行()ヶ月 | 始語()ヶ月 | 生歯()ヶ月 | | |
| 発育暦・健康状態 | 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) | | 食事で気になること() | | |
| | 排泄 | 大便(ひとりできる ・ 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 (ひとりできる ・ 手助けをすればできる ・ できない) | |
| | | 洗顔 (ひとりできる ・ 手助けをすればできる ・ できない) | |
| | | うがい (ひとりできる ・ 手助けをすればできる ・ できない) | |
| 発育暦・健康状態等 | 言葉 | ()語文 ・ 明瞭 ・ 不明瞭 ・ 発語なし ・ 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() 好きなキャラクター() |
| | 既往症① | 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) | |
| | 既往歴② | 現在治療中または通院中の病気等 _____ あり ・ なし ※ありの方は、具体的な病名と治療を記入してください。 () | |
| | 平熱 | °C ~ °C | |
| | 病癖及び体質 | ひきつけ ・ 熱性けいれん(歳 ヶ月時) ・ 鼻血が出やすい ・ 心臓疾患 ・ 便秘症 ・ 下痢症 ・ ヘルニア ・ 風邪を引きやすい ・ 脱臼(部位: _____) その他(_____) | |
| | | その他注意を要する事項 | |
| | アレルギー | 食物アレルギー(アレルゲン: _____)※アナフィラキシー あり ・ なし 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性結膜炎 アレルギー性鼻炎 | |
| | 保育暦 | 家庭での保育・ベビーシッター・保育所(_____)・その他(_____) | |
| | 健診結果 | これまでの乳幼児健診・歯科検診等での結果 問題なし ・ 問題あり(_____) | |
| | 子育て | 子育てをするうえで困っていることや・悩んでいること等があれば記入して下さい。 | |
| 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

| 予防接種 | | | | | | |
|-----------|-------------------------|-------|-------|-------------------------------|-------|-------|
| 定期・任意予防接種 | Hib (インフルエンザ菌 B型) | (1) | 年 月 日 | 小児用肺炎球菌 (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 | 四種混合 (DPT-IPV) 三種混合・ポリオ | (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 |
| | 髄膜炎菌 | 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 | ロタウイルス | (2) | 年 月 日 |
| | おたふくかぜ | (1) | 年 月 日 | | (3) | 年 月 日 |
| | | (2) | 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 | |

