**児童票**

**施設名**

**入園日　　　　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。

※児童票はお子様が退園後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) |  |  |  |
|  |  | 　　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（　　　　ヵ月） |
| 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(　　)ヶ月まで混合(　　)ヶ月まで人工(　　)ヶ月まで | 授乳回数/量　：　（　　　　）時間毎・（　　　　）cc・１日（　　）回位 |
| 吐乳の有無　：　（　よくある　・　ときどきある　・　ない　） |
| 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） |
| 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） |
| 病癖及び体質 | 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 |
| 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。 |

|  |
| --- |
| 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 | （４）　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 陰性・陽性 | 麻疹・風疹混合（MR） | （１）　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　　　　　年　　月　　日 | （２）　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 日本脳炎 | （１）　　　　　　年　　　月　　　日 | 水痘 | （１）　　　　　　年　　　月　　　日 |
| （２）　　　　　　年　　　月　　　日 | （２）　　　　　　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 |