**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 |