

児 童 票(表)

写真貼付 家庭にあるお手持ちの写真を貼ってください	ふりがな 児童名		男・女		入 園	H・R 年 月 日			
					退 園	H・R 年 月 日			
	生年月日 H・R 年 月 日生 (第 子)				入園理由				
	現住所 〒 -				自宅番号(- -)				
家庭の状況	氏 名		年齢	児童との続柄	勤務先または学校		携帯番号・職場電話番号	健康状態	
	ふりがな			父			携帯: 職場:		
	ふりがな			母			携帯: 職場:		
	その他同居の家族								
勤務時間・送迎状況	平日の勤務時間			シフト制	土曜日の勤務時間		シフト制	公立・公私連携こども園記入欄 A 校区内 B 校区内へ転居予定 C 校区外認定区分 D 市外から転入予定 1号 保育を必要としない 2号 保護者の就労など保育を必要とする	
	父	午前 時 分～ 午後 時 分	有 無	父			有 無		
	母	午前 時 分～ 午後 時 分	有 無	母			有 無		
	登園 が 時頃			登園 が 時頃					
	お迎え が 時頃			お迎え が 時頃					
緊急連絡先	氏 名		年齢	児童との続柄	勤務先または学校				
	① ふりがな								
	② ふりがな								
	③ ふりがな								
障がい の有 無等 の	【障がい】無・有 診断名:								
	【手帳】無・有 療育(A1 A2 B1 B2) 精神()級 身体()級								
	【特別児童扶養手当】無・有 等級: 級								
	【児童デイなど事業所等への通所】施設名: 週 回または月 回								
保険加入状況		有: 国民健康保険・社会保険・共済・その他() / 無				生活保護の有無		有・無	
登園道順略図 所要時間: 徒歩(分) 車で(分)									
※公立・公私連携こども園は、徒歩での登園・降園をお願いしています。(学校周辺は駐車禁止となっています)									
<確認事項> 次の項目をお読みになり、署名をお願いします。									
・勤務や世帯の状況が変わった場合は園とこどもみらい課に連絡をしてください。									
・保育を必要とする事由がなくなったり、引っ越しをする場合はすぐに園とこどもみらい課に連絡をしてください。 令和 年 月 日									
市外に引っ越す場合は退所となります。									
保護者氏名									

裏面の記入をお願いします

氏名()愛 称() 生年月日(年 月 日)		
本人の性格	長所	短所
好きな遊び	室内	戸外
家庭での教育方針		園や担任に対する要望
だれと登降園しますか 父・母・兄(年)(年)・姉(年)(年)・祖父母・他()		
降園後の過ごし方について ・どこで過ごしますか？ 1、イ、自宅(誰がいる(父・母・兄(歳)姉(歳)・祖父母・他) 口、誰もいない 2、松川こども園交流保育 3、学童等() tel: 4、その他() ・降園後の遊び ①ひとりで遊ぶ ②兄弟姉妹と遊ぶ ③その他()		
予防接種歴(接種状況に○を付けてください)		
BCG 接種済 小児用肺炎球菌ワクチン ポリオ(経口生ワクチン) 接種済(1回・2回) 乳児期 接種済(1回・2回・3回) 不活化ポリオワクチン 開始年齢 歳 ヶ月 接種済(1回・2回) 接種済(1回・2回・3回・追加) ヒブ(Hib)ワクチン DPT 接種済(1回・2回・3回・追加) 乳児期 接種済(1回・2回・3回) 4種(DPT-IPV)混合ワクチン 開始年齢 歳 ヶ月 接種済(1回・2回) 接種済(1回・2回・3回・追加) MR(麻しん風しん混合) 接種済(1回・2回) 日本脳炎 接種済(1回・2回) 麻しん(単独接種) 接種済(1回・2回) ロタウイルス 風しん(単独接種) 接種済(1回・2回) 1価 接種済(1回・2回) おたふくかぜ 接種済(1回) 5価 接種済(1回・2回・3回) みずぼうそう 接種済(1回)		
こ と ば	1.普通に話せる 2.赤ちゃん言葉が残っている 3.あまり話さない 4.その他(気になる点) ()	食 事 食物アレルギー(ない・ある) 除去食() アレルギー症状が発症した時の対処法 () 過去に食物アレルギー(なかった・あった) 好きな食べ物() 嫌いな食べ物() 食べ方(食べさせている・手掴み・スプーン・おはし) 牛乳 1.飲める 2.少し飲める 3.飲めない
清 潔	<手洗い> 一人できる 援助等が必要 <顔拭き> 一人できる 援助等が必要 <鼻かみ> 一人できる 援助等が必要	
保 育 歴	集団保育の経験(ない・ある) 園名: (歳 カ月～ 歳 カ月) 園名: (歳 カ月～ 歳 カ月)	
安 全	危険なことが(わかる・わからない) 安全への配慮が必要 (例:高いところに登る)	排 泄 <排尿> 一人できる 援助等が必要 <排便> 一人できる 援助等が必要 ※おむつをしている(一日中・寝る時のみ・出かける時のみ)
既 往 歴	*該当するものに○を付け、かかった年齢を記入する 水痘(オ) 流行性耳下腺炎(オ) 麻疹(オ) しょうこう熱(オ) 風疹(オ) (オ) 熱性痙攣(オ) 喘息(オ) 気管支炎(オ) (オ) 肺炎(オ) 胃腸炎(オ) (オ) 百日咳(オ) 中耳炎(オ) (オ) 心疾患(オ) 川崎病(オ) (オ) 腎疾患(オ) その他疾患(オ、) 肝疾患(オ) 手術(オ、)	
	着脱	一人できる 援助等が必要
	利き手	1.右手 2.左手 3.両方使える 4.左利きを右利きに直した
	体 質	平熱(℃) よく高熱を出す(はい・そうでもない) 発熱時は、 ℃くらいから用心している ひきつけした事(ない・ある: 回、 オの時、熱性の 有 無) 喘息(ない・ある) ある場合の対応() 嘔吐しやすい 下痢しやすい 便秘がち 腕がはずれた事(ない・ある:右・左 部位) 泣いた時の気の紛らわせ方() 食物以外のアレルギー(ない・ある) () 気になること(ない・ある) ()
現在治療している病気 (ない・ある)		
病院名:		
病名:		
かかりつけ医		
内科() 耳鼻科・眼科・外科()		
写真や名前の掲示について○を付けてください。 1 写真や名前をホームページや園だより、園での掲示に使ってよい 2 園内のみの使用(保護者向け配信アプリ・園だよりは OK)で、 ホームページの使用は不可 3 園だより、ホームページどちらも不可		
備 考 (育てるのに心配だったこと 等)		

◆ロタウイルス 令和2年8月1日以降に出生したお子様が定期接種の対象となっています。