

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	R 年 月 日	
					退 園	R 年 月 日	
	生年月日 H・R 年 月 日生 (第 子)						
現住所 (〒 -)							
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						
障 が い 等 の 有 無	【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						
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。 令和 年 月 日 ・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。 ・利用料を3カ月滞納した場合は退所となります。 保護者氏名							
備 考							

裏面の記入をお願いします

児童票(裏)

ふりがな		氏 名		生年月日： H・R 年 月 日 (満 歳 カ月)	
				性 別 (男・女) (第 子)	
出生時の 状態	在胎週数：満 週 児の異常(仮死・黄疸[光線療法 有・無])		食 事	食物アレルギー(ない・ある)	
	体重(g)	身長(cm)		除去食()	
身体 状況	頭囲(cm) 胸囲(cm)			過去に食物アレルギー(なかった・あった)	
	身体の異常 (ない・ある：)		好きな食べ物() 嫌いな食べ物()		
保 育 歴	聴覚の異常 (ない・ある：)		食べ方(食べさせている・手掴み・スプーン・おはし)		
	集団保育の経験(ない・ある)				
予 防 接 種 状 況	定 期	BCG	未・済	睡 眠	寝る時間(時頃) 起きる時間(時頃)
		B型肝炎	未・済		寝つき(よい・時間がかかる方)
		Hib(ヒブ)	未・済		昼寝(する 時～ 時、しない)
		肺炎球菌	未・済	寝る時によく見られること(例：指しゃぶり)	
		四種混合	未・済	()	
		MR1期	未・済	安 全	危険なことが(わかる・わからない)
		水ぼうそう	未・済		安全への配慮が必要(例：高い所に登る)
		日本脳炎	未・済		
		◆ロタウイルス	未・済		平熱(℃) よく高熱を出す(はい・そうでもない)
	任意 おたふくかぜ	未・済	発熱時は、 ℃くらいから用心している		
既 往 歴	かかりつけ医		体 質	ひきつけた事(ない・ある： 回、 才の時、熱性の有・無)	
	病院名： 連絡先：			喘息(ない・ある) ある場合の対応()	
	病院名： 連絡先：			嘔吐しやすい 下痢しやすい 便秘がち	
	慢性的な病気のことで相談している病院・病名			腕がはずれた事(ない・ある)	
	病院名： 病名：			泣いた時の気の紛らわせ方()	
	* 該当するものに○を付け、かかった年齢を記入する			食物以外のアレルギー(ない・ある)	
	水痘(才)	おたふくかぜ(才)		()	
	麻疹(才)	しょうこう熱(才)		気になること(ない・ある)	
	風疹(才)	熱性痙攣(才)		()	
	喘息(才)	気管支炎(才)			
肺炎(才)	胃腸炎(才)				
百日咳(才)	中耳炎(才)				
心疾患(才)	川崎病(才)				
腎疾患(才)	その他疾患(才、)				
肝疾患(才)	手術(才、)				
家庭での様子(言語・好きな遊び・社会性等)					
備 考 (育てるのに心配だったこと、伝えておきたいこと、習い事の曜日 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。