

児童票（表）

写真添付 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
	生年月日	R 年 月 日生（第 子）	退園	R 年 月 日
	現住所 〒	-	入園理由：	

家庭の状況	氏名		年齢	児童との続柄	健康状態	勤務先または学校	携帯番号・職場電話番号	
	ふりがな			父			携帯：	
	ふりがな			母			職場：	
	その他同居の家族						携帯：	
							職場：	

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
	父	午前 時 分～ 午後 時 分	午前 時 分～ 午後 時 分	有無	父	午前 時 分～ 午後 時 分	午前 時 分～ 午後 時 分	有無	有無	
	母	午前 時 分～ 午後 時 分	午前 時 分～ 午後 時 分	有無	母	午前 時 分～ 午後 時 分	午前 時 分～ 午後 時 分	有無	有無	
	登園 が 時頃					登園 が 時頃				
	お迎え が 時頃					お迎え が 時頃				

日中確実に連絡	氏名（父・母以外）		年齢	児童との続柄	勤務先	携帯番号・職場電話番号	
	ふりがな					携帯：	
	ふりがな					職場：	

出生時の	在胎週数：満 週 児の状態（仮死・黄痕〔光線療法 有・無〕） 体重（ g）身長（ cm）母 歳 頭 囲（ cm）胸 囲（ cm）父 歳	食事に 関して	・離乳期栄養・母乳（ か月～ か月） ・混合（ か月～ か月） ・ミルク（ か月～ か月）一日に飲む回数（ 回） 量（ cc）・ミルクの種類（ ） ・食事の種類・離乳食（初期・中期・後期・完了期）幼児食 ・食べ方（食べさせている・手づかみ・スプーン・おはし） ・食物アレルギー（ない・ある） ・除去食（ ） ・過去に食物アレルギーが なかった・あった ・食品（ ） ・食事について気になる事 （ ）
成長記録	・開始時期を記入 首すわり（ 歳 か月）寝返り（ 歳 か月） はいはい（ 歳 か月） ひとり歩き（ 歳 か月）		
保育歴	集団保育の経験（ある・ない） 園名：（ 歳 か月～ 歳 か月） 園名：（ 歳 か月～ 歳 か月）		
検診	※受けた検診すべてに○を付ける 一か月 乳児前期（3～5か月児） 乳児後期（9～11か月） 1歳6か月（1歳6か月～2歳未満） 3歳（3歳以上4歳未満）		

児童票（裏）

排泄	<排尿>一人で出来る 援助等が必要 <排便>一人で出来る 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）	睡眠	・寝る時間（ 時頃）・起きる時間（ 時頃） ・寝つき（よい・時間がかかる方） ・昼寝（する 時～ 時、しない）午前（ 回） 午後（ 回）・寝る体勢（あおむけ・うつぶせ・横向き） その他（ ）・寝るときによく見られること （特にない・ある 例：ゆびしゃぶりかおしゃぶり） （ ）
	着脱		一人で出来る 援助が必要
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 （ ）	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 ひきつけた事（ない・ある： 回 才の時） 熱性の 有・無（ ） 喘息（ない・ある）ある場合の対応（ ） 嘔吐しやすい・どんな時（ ） 下痢しやすい 便秘がち 食物以外のアレルギー（ない・ある） （ ）
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（ 才）・流行性耳下腺炎（ 才） ・麻疹（ 才）・風疹（ 才） ・気管支炎（ 才）・溶連菌（ 才） ・肺炎（ 才）・マイコプラズマ肺炎（ 才） ・アデノウィルス（ 才）・溶連菌（ 才） ・突発性発疹（ 才） ・その他疾患（ 才 ） ・手術（ 才・病名 ）		
その他	気になる事（ある・ない）		
・育てるのに心配だったこと			
・保育園への要望			
・自宅までの地図を描いてください。			
<p><確認事項> 次の項目をお読みになり、署名をお願いします。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>※市外に引っ越す場合は退所となります。 令和 年 月 日 保護者氏名</p>			

<メモ>