

児童票

令和 年 月 日 記入

児 童	ふりがな氏名				性別	男・女	生年月日	平成令和	年	月	日
	現住所	〒 —					電話番号	()			
保 護 者	ふりがな氏名				の児 関 童 係 と		現在の 通園・所				
家 族 (本 人 を 除 く)	続柄	氏名	生年月日		年齢	勤務先(その他)		勤務先電話番号			
緊 急 連 絡 先		氏名	続柄	勤務先(その他)		電話番号		かかりつけ医院			
	1					勤務先 携帯		外科			
	2					勤務先 携帯		小児科			

※緊急連絡先・勤務先等の変更がありましたら、すぐに保育園へ連絡して下さい。

※緊急時、保育園に来られる可能性が高い順から書いて下さい。

周 産 期	妊娠中の異常	なし・あり()			首すわり	ヶ月	おすわり	ヶ月			
	出生児体重	g			一人歩き	ヶ月	栄養法(母乳・人工・混合)				
	妊娠週数	週	日		現在、母乳を飲んでいますか？ (はい ・ いいえ)						
					離乳食について	果汁やミルク	すりつぶし	軟きざみ	完了		
	出産時異常	なし・あり()			順調に進みましたか？ (はい ・ いいえ)						
予 防 接 種	BCG	未・済		水ぼうそう	未・済	か あ か る っ た こ と の	はしか	未・済	突発性発疹	未・済	
	日本脳炎	未・済		肺炎球菌	回		水ぼうそう	未・済	百日咳	未・済	
	四種混合(DPT)	一期(1・2・3)・追加		ヒブワクチン	回		おたふく	未・済	B型肝炎	未・済	
	麻疹、風疹(MR)	未・済					風疹	未・済	その他		
	その他予防注射										
熱性けいれん		無 ・ 有		回数	回	初回	歳	ヶ月	最後	歳	ヶ月
ア レ ル ギ ー	食物	無 ・ 有 ()			薬	無 ・ 有 (薬品名)					
	食事制限の程度()										
環境		無 ・ 有 (ダニ・ハウスダスト・動物・その他)									
牛乳について		飲める ・ 飲めない									
そ の 他	◆体質(薬物アレルギー等)や、くせなど心配なこと、配慮して欲しいことについて具体的にお書きください。									園長 所見	