

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		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)					
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 (カ月)		
		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		
の乳児状況	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	授乳回数/量 : ()時間毎・()cc・1日()回位				
	混合()ヶ月まで	吐乳の有無 : (よくある ・ ときどきある ・ ない)				
	人工()ヶ月まで	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(ひとりのできる ・ 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(ひとりのできる ・ 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	ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない				
	清潔	手洗い (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)				
洗顔 (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)						
歯みがき (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)						
うがい (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)						

児童票

発育歴	言葉	まだ喋らない ・ 喃語 ・ 単語 ・ 二語文 ・ 会話ができる / 明瞭 ・ 不明瞭	
	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)	
	病癍及び体質	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:)	
		その他注意を要する事項	
	アレルギー	無 ・ 有 / 卵(全卵 ・ 卵白) ・ 乳 ・ 小麦 ・ そば ・ 落花生 ・ えび ・ かに その他()	
	保育歴	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。		

基本的な生活リズム

就寝・起床・食事の時間帯・午前午後睡の時間帯の記入をお願い致します。(大体の目安で構いません)

6:00	16:00
7:00	17:00
8:00	18:00
9:00	19:00
10:00	20:00
11:00	21:00
12:00	22:00
13:00	23:00
14:00	0:00
15:00	

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	麻疹・風疹 混合(MR)	(1)	年 月 日	
		陰性・陽性 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		

定期健診			
3カ月	受診(済み・未) 特記事項()	1歳半	受診(済み・未) 特記事項()
6カ月	受診(済み・未) 特記事項()	2歳	受診(済み・未) 特記事項()
9カ月	受診(済み・未) 特記事項()	3歳	受診(済み・未) 特記事項()
12カ月	受診(済み・未) 特記事項()		

身体測定記録						
入園時	身長	cm	体重	kg	胸囲	cm
	0歳児		1歳児		2歳児	
	身長	体重	身長	体重	身長	体重
4月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
5月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
6月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
7月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
8月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
9月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
10月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
11月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
12月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
1月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
2月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
3月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
	3歳児		4歳児		5歳児	
	身長	体重	身長	体重	身長	体重
4月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
5月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
6月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
7月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
8月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
9月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
10月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
11月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
12月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
1月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
2月	cm	kg	cm	kg	cm	kg
3月	cm	kg	cm	kg	cm	kg