

児 童 票

No.

年 月 日

ふりがな		男	生年月日		
児童名		・	年	月	日
		女	(満 歳)		
住 所 〒			通園施設名		
緊急連絡先	例 ○△× - ○○× - △×× (母勤務先 父携帯 その他)				
	① ()				
	② ()				
	③ ()				
第1 保 護 者	ふりがな		続 柄	生年月日	携帯番号
	氏 名				
	勤務先				勤務先電話番号
第2 保 護 者	ふりがな		続 柄	生年月日	携帯電話
	氏 名				
	勤務先				勤務先電話番号
家族構成	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 兄()歳 <input type="checkbox"/> 弟()歳 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 姉()歳 <input type="checkbox"/> 妹()歳				

予防接種の接種状況

予防接種が済んでいるものに○をつけ、()に回数を記入してください。	
1、BCG ()回	7、ロタ ()回
2、四種混合 ()回	8、水ぼうそう ()回
3、ヒブ ()回	9、おたふくかぜ ()回
4、肺炎球菌 ()回	10、日本脳炎 ()回
5、MR(麻疹・風疹混合) ()回	11、その他 (名称: / 回)
6、B型肝炎 ()回	

現在までにかかった病気 ※かかった事のある病名に○をつけてください。

突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ アトピー性皮膚炎 てんかん	
熱性痙攣	()回 / 初回(歳 ヶ月) 、 最後(歳 ヶ月) 坐薬の指示 : 無 ・ 有
喘息・喘息性気管支炎	治療継続中 ・ 悪化時のみ治療
その他	()

アレルギー

食 物	食品名 () 食事制限の程度 ()
環 境	ダニ ・ ハウスダスト ・ 動物 () その他 ()

入院歴 ・ 通院歴

入 院	病名：() / (歳 ヶ月)
	病名：() / (歳 ヶ月)
通 院	病名：() / (歳 ヶ月)
	病名：() / (歳 ヶ月)
常時内服している薬	()

健康 ・ 発達の状況

◎現在までに健診等で何か指摘されたことはありますか。また、『はい』を選んだ方はお子様が何歳の頃に指摘されたかご記入ください。 いいえ / はい / 未受診					
--	--	--	--	--	--

1 ヶ月	4 ヶ月	10 ヶ月	1 歳 6 ヶ月	3 歳児	その他： 歳 ヶ月
------	------	-------	----------	------	-----------

指摘された内容	()
---------	-----

◎発達、発育に関する相談や指導を目的に、医療機関や専門の機関(病院、子ども総合支援センター「きらり」、児童相談所等)を利用している、もしくは利用したことがありますか。 利用している / 利用したことはない	
---	--

利用したことがある (年 月 日頃～ 年 月 日)	現在、利用中である (年 月 日頃から現在に至る)
-------------------------------	-------------------------------

施設名：	施設名：
------	------

利用内容：	利用内容：
-------	-------

◎現在の発育状況を教えてください。※当てはまるものに○をつけてください。

食 事	食欲(旺盛 / 普通 / 小食)	着・脱衣	(自分でできる / 助けが必要)
	方法(自分でできる / 助けが必要)	運動	(歩ける / つたい歩き / 歩けない)
排 泄 等	おむつ(常時使用 / 寝るときのみ)	言 語	(話す / 話せないが理解している / まだ話せない)
	トイレ(自分でできる / 助けが必要)		
睡 眠	昼寝(ほぼ毎日する / たまにする)	遊 び	1人で遊ぶのが好き
	寝つき方法(1人 / 添い寝) その他()		親・兄弟姉妹と遊ぶことが多い 他児との関わり()

◎お子様の性格、好きな遊び、心配事や、注意してほしい事などありましたらご記入ください。