

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. B型肝炎 ()回
2. 四種混合 ()回	8. ロタ ()回
3. 五種混合 ()回	9. 水ぼうそう ()回
4. ヒブ ()回	10. おたふくかぜ ()回
5. 肺炎球菌 ()回	11. 日本脳炎 ()回
6. MR(麻疹・風疹混合) ()回	12. その他 (名称: /)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。