

児童票

わくわく紫原つぼみ保育園

ふりがな 氏名	性別	記入日	令和	年	月	日
		入所日	令和	年	月	日
		生年月日	令和	年	月	日

現住所	〒	電話番号

家族構成 (同居者)	ふりがな 氏名	続柄	生年月日 (西暦)	勤務先名	勤務先電話番号 本人携帯番号	

かかりつけ医	住所	TEL
--------	----	-----

印刷したものを貼りつけでも構いません 通園道順略図	就労について	続柄 ()	続柄 ()	
		勤務時間 平日	～	～
		勤務時間 土曜	～	～
	休日 (曜日)			
	緊急連絡先	優先順に記載してください		
		① 氏名		
連絡先				
② 氏名				
連絡先				
③ 氏名				
連絡先				

家庭での状況	出生時	正常・異常 ()	出生体重	g			
	成育歴	発育歴	首の座り ㉿月 おすわり ㉿月 一人歩き まだ ㉿月				
		栄養法	(母乳 ・ 混合 ・ 人工) 離乳食 開始 ㉿月 現在の食事				
		発育状況	正常・異常 ()				
	既往歴・体質	既往症	水痘 ㉿歳 ㉿月	はしか ㉿歳 ㉿月			
		起こしやすい症状 体質的特徴	よくある症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> ひきつけ・てんかん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 治療は (している・していない・発作時のみ)			
			食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (原因物質) エピペン処方 (<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り)			
			熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 直近の履歴 ㉿年 ㉿月 過去 ㉿回有			
			アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り その他アレルギー ()			
			その他健康面での特記事項				
予防接種歴	ワクチンの種類	接種年月日 (㉿年 / ㉿月 / ㉿日)					
	Hib	1回目 / /	2回目 / /	3回目 / /	追加 / /		
	肺炎球菌	1回目 / /	2回目 / /	3回目 / /	追加 / /		
	B型肝炎	1回目 / /	2回目 / /	3回目 / /			
	ロタウイルス	1価	1回目 / /	2回目 / /	} どちらかを 選択		
		5価	1回目 / /	2回目 / /			3回目 / /
	百日咳・破傷風 ジフテリア・ポリオ	1回目 / /	2回目 / /	3回目 / /	追加 / /		
	BCG	/ /					
	麻しん・風しん	1期 / /	2期 / /				
	水痘	1回目 / /	2回目 / /				
日本脳炎	1回目 / /	2回目 / /	追加 / /				
園児の状況	発育状況	良好 ・ 普通 ・ 不良					
	言葉	<input type="checkbox"/> 正しく発音できる <input type="checkbox"/> 赤ちゃん言葉あり <input type="checkbox"/> よく話す <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> 単語が出る					
	食事	食欲	盛ん ・ 普通 ・ むら ・ ない				
		好き嫌い	ない・少し・多い (好きなもの) (嫌いなもの)				
		間食	時間を決めている ・ 子どもが欲するとき (一日 ㉿回)				
		食事の様子	1人で食べる・食べさせてもらう・むらがある				
	排泄	大便	(<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> オムツ着用) (<input type="checkbox"/> もらすことがある <input type="checkbox"/> もらすことが多い)				
		小便	(<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> オムツ着用) (<input type="checkbox"/> もらすことがある <input type="checkbox"/> もらすことが多い)				
睡眠	寝る時間	時ごろ 起きる時間 時ごろ 午睡 (<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない)					
	入眠	<input type="checkbox"/> 1人で <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ 就寝時のオムツ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない					
保護者から							