

児童票（原簿）				
ふりがな		男・女		
児童氏名				
生年月日	年 月 日生			
現住所				
自宅電話				
ふりがな				
保護者氏名				
緊急連絡先 携帯電話等	①	所有者 ()	自宅付近地図	
	②	所有者 ()		
家族及び同居者の状況	氏名	続柄	生年月日	勤務先名・在学名

生	出産(安産・難産・早産	ヵ月・体重	g)	授乳(母乳・人工・混合)	離乳開始(ヵ月)			
育	離乳完了(ヵ月)	首のすわり(ヵ月)	人見知り	有・無(ヵ月)	座位(ヵ月)
歴	ハイハイ(ヵ月)	歩きはじめ(歳	ヵ月)	片ことのはじめ(歳	ヵ月)	

予防接種（接種済に○）

H i b	1・2・3・追加	日本脳炎	1・2・追加
肺炎球菌	1・2・3・追加	MR	1期・2期
B C G	1回	水痘	1回目・追加
4種混合	1・2・3・追加	B型肝炎	1・2・3

平熱	度	かかりつけ医				
排	泄	小便：一人でできる・できない	大便：一人でできる・できない			
		癖：便秘・夜尿・頻尿・その他（	）			
けいれん※		無・有（	回/直近	歳 ヶ月のころ		
既	水痘	年 月（	歳 月）	風疹	年 月（	歳 月）
往	流行性耳下腺炎	年 月（	歳 月）	溶連菌感染症	年 月（	歳 月）
症	麻疹	年 月（	歳 月）	流行性角結膜炎	年 月（	歳 月）

○乳幼児健診について

- ・1歳6ヶ月健診を 受けた（ 年 月 日 ） 受けてない
・3歳6ヶ月健診を 受けた（ 年 月 日 ） 受けてない
・何か言われたことがありますか ない ある（ ）

○発達が遅いと感じることがありますか ない ある（ ）

○日常生活で心配なことはありますか ない ある（ ）

○集団生活で心配なことはありますか ない ある（ ）

○日常生活で特に介助が必要なことがありますか ない ある（ ）

○入院したことがありますか ない ある（直近 歳 ヶ月頃）
（病名）

○現在治療中の病気がありますか ない ある（病名）
薬：塗布薬（ 回/日（朝・昼・夕））服薬（ 回/日（朝・昼・夕））

○アレルギー体質ですか ・食物アレルギー（卵 牛乳 その他（ ））
検査（未・済） いいえ はい ・アトピー性皮膚炎 ・喘息 ・アレルギー性鼻炎
・その他（ ）

※過去2年間にけいれんを起こしたことがあるお子さんについては、37.5℃以上になった場合園より電話でご連絡いたします。

【資格確認書があればコピーを添付してください（表面のみ）】