

ふりがな		男	普段の呼び方	市役所登録番号		
児童名		女				
園名		かかりつけ医	令和 年度区分	利用料金		
学校名						
生年月日	平成 令和 年 月 日 才	住所 電話番号 (- -)				
家 族 構 成	続柄	名 前	年齢	携帯番号	勤務先・学校名・園名	勤務先・学校・園の 電 話 番 号
	(世帯主)	ふりがな				

★予防接種について、接種済みの回数をご記入ください（未接種には記入しないでください）

ヒブワクチン	／4回	四 種 混 合	／4回	おたふく	／2回
肺 炎 球 菌	／4回	三 種 混 合	／4回	ロタテック	／3回
B C G	／1回	ポ リ オ	／2回	ロタリックス	／2回
日 本 脳 炎	／4回	麻 疹 風 疹 (MR)	／2回		
B 型 肝 炎	／3回	水 痘	／2回		

★今までにかかった感染症・疾病について○印をつけてください

水ぼうそう	<input type="checkbox"/>	その他
おたふく	<input type="checkbox"/>	
突発性発疹	<input type="checkbox"/>	

※この児童票は1年に1回の記入になります (4/1 ~ 3/31)

学年が変わったら、新たに記入してご持参ください

※利用料決定通知書も一緒にご持参ください。

裏面もご記入ください

★お子さまの発育歴・病歴についてご記入ください

・出生時体重 () g	早産 ・ 正期産 ・ 過期産
・分娩時に異常がありましたか？ ※具体的な内容 ()	ある ・ ない
・出生後に異常がありましたか？ ※具体的な内容 ()	ある ・ ない
・乳児健診で異常があると言われたことがありますか？ ※具体的な内容 ()	ある ・ ない
・今までに大きな病気(けが)がありましたか？ ※具体的な内容 () 定期薬があれば記入 ()	ある ・ ない
・アレルギーがありますか？ ※具体的な内容 ()	ある ・ ない
・熱性けいれんになったことがありますか？ ※“ある”の方→ 初回 () 才、最終 () 才、今まで () 回熱性けいれんがありました。	ある ・ ない

★普段のお子さまの様子についてご記入ください

食事での使用	哺乳瓶 ・ マグマグ ・ コップ ・ スプーン ・ フォーク ・ 箸 ・気をつけてほしい事がありましたらご記入ください () ・離乳途中の方は記入 → 離乳食は1日 () 回 朝 ・ 昼 ・ 夕
排泄の様子	オムツ使用中 ・ トレーニング中 ・ 自立 ・気をつけてほしい事がありましたらご記入ください ()
睡眠時のくせ	
好きな遊び	
性 格	

★保育中に気をつける事がありましたらご記入ください

--

★療育・支援センター等の利用がありますか？

ある () ・ ない

ご記入有難うございました