

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 千			通園施設名		
緊急連絡先	例 ○△× - ○○× - △×× (母勤務先 父携帯 その他)				
	① ()				
	② ()				
	③ ()				
家 族 構 成	ふりがな	続柄	生年月日	勤務先	勤務先電話番号
	保護者氏名				携帯番号
	兄弟姉妹 ※名前と年齢を記入してく ださい。	兄()		弟()	
		姉()		妹()	

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) 座薬の指示 : 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) 方法(自分でできる / 助けが必要)	着・脱衣 (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) トイレ(自分でできる / 助けが必要)	言語 (話す / 話せないが理解している / まだ話せない)
	睡眠 昼寝(ほぼ毎日する / たまにする) 寝つき方法(1人 / 添い寝) その他()	遊 び 1人で遊ぶのが好き 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。