

児童票

入園年月日		平成	年	月	日	退園年月日		平成	年	月	日			
ふりがな						性別	生年月日							
児童名						男	・	女	平成			年	月	日生
現住所	〒													
自宅電話						F A X								
緊急 連絡先	父携帯					E-mail								
	母携帯					E-mail								
家族 構成 (本人を 除く)	(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	勤務先			電話番号							
通園 に 関 す る こ と	通園略図(自宅から園までの経路を記入してください)													
	通常のお迎え者	(送り)				(迎え)								
	代理のお迎え者	(送り)				(迎え)								
	※児童とお住まい等が異なる場合は、右をご記入ください。	住所：												
		電話：				携帯番号：								
通園方法						所要時間			分					

【児童票・裏面】

出生歴	出産の状況			出生時身長・体重				
	安産 ・ 難産 () ・ 早産			cm	kg			
生育歴	栄養	母乳 ・ 人工乳 ・ 混合		離乳				
				開始	ヶ月			
				終了	ヶ月			
	・首がすわる	ヶ月	・寝返り	ヶ月	・おすわり	ヶ月		
・はいはい	ヶ月	・つかまり立ち	ヶ月	・歩行	ヶ月			
・人見知り	ヶ月	・初語	ヶ月	・乳歯生え始め	ヶ月			
予防接種	■ BCG : (年 月)							
	■ MR (麻疹・風疹) : ① (年 月) ② (年 月)							
	■ B型肝炎ワクチン : ① (年 月) ② (年 月) ③ (年 月)							
	■ 日本脳炎 : ① (年 月) ② (年 月) 追加 (年 月)							
	■ 四種混合 (または三種混合・不活化ポリオ) : ① (年 月) ② (年 月) ③ (年 月) 追加 (年 月)							
	■ ヒブ (Hib) : ① (年 月) ② (年 月) ③ (年 月) 追加 (年 月)							
	■ 肺炎球菌 : ① (年 月) ② (年 月) ③ (年 月) 追加 (年 月)							
	■ 水ぼうそう : (年 月)		■ おたふくかぜ : (年 月)		■ インフルエンザ : (年 月)			
	■ その他 : ()							
既往歴	・麻疹	歳	・風疹	歳	・水痘	歳	・流行性耳下腺炎	歳
	・百日咳	歳	・肺炎	歳	・脱臼	歳	・中耳炎	歳
	・今までにかかった大きな病気 無 ・ 有 ()							
罹病傾向	・風邪をひきやすい ・つかれやすい ・ぜんそく ・鼻血がでやすい							
	・扁桃腺肥大 ・下痢しやすい ・便秘 ・脱臼しやすい							
	・アレルギー体質 無 ・ 有 ()							
	・熱性けいれん 無 ・ 有 (いつ頃・どのような状況で)							
備考	・その他、注意を要する事項や連絡事項があればご記入ください。							
	・血液型 型 (Rh + -)			・平熱 ℃				
かかりつけの医院	医院名				健康保険種類 国民 ・ 社会 ・ 組合			
	所在地				記号	番号	保険者番号	
	電話							

年度の終了時に、担任、主任、園長がそれぞれ内容を確認し、捺印のこと。

年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度
園長							
主任							
担任							