

児童票

保育所(園)

ふりがな		性別	入所	年	月	日
児童名		男・女	退所	年	月	日
生年月日	年 月 日	血液型	健康 保険 証	種類 国・社・その他()		
		型		記号 番号		
保護者名		児童との続柄	保険者番号			
			被保険者名			
本籍地			かかりつけ医院 有・無			
現住所	富津市		医院名			
	TEL ()					
住居の環境	自家・借家・アパート・社宅・その他()		電話	()		
	商業地・住宅地・農村・漁村・その他()					
	氏名	続柄	生年月日	健康状態	職業	勤務先・連絡先
父母の状況	ふりがな	父	・	・		勤務先名
						住所
	TEL					
	ふりがな	母	・	・		勤務先名
						住所
	TEL					
他の家族の状況			・	・		
			・	・		
			・	・		
			・	・		
			・	・		
			・	・		
			・	・		
担当保育士氏名	0歳児					勤務先名
						住所
	1歳児					TEL
						勤務先名
	2歳児					住所
						TEL
3歳児					勤務先名	
						住所
4歳児						TEL
						勤務先名
5歳児						住所
						TEL

分娩	出生時の異常 無・有 (黄だん・仮死・かん子分娩・吸引分娩・その他) 出生時の体重 g 在胎週数 週・第 子					
発 育 歴	1. 栄養 母乳・混合・人工					
	2. 首のすわり か月					
	3. 歩き始め か月					
	既 応 症					
	麻 疹 (はしか)	水 痘 (水ぼうそう)	風 疹 (3日ばしか)	耳下腺炎 (おたふくかぜ)	突発性発疹	川崎病
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ネフローゼ	腎 炎	心臓病	糖尿病	中耳炎	その他 ()	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
体 質 ・ く せ	1. 脱臼(ひじ・肩) 2. 喘息 3. 風邪をひきやすい 4. 薬疹ができやすい 5. じんましん 6. 下痢 7. 便秘 8. チック 9. どもり 10. 夜尿 11. 小便が近い 12. 左きき 13. 指しゃぶり 14. つめかみ 15. ひきつけ(最後の発症 年 月 日) 16. 熱性けいれん(最後の発症 年 月 日 度 分) 17. その他() 平熱 度 分 アレルギー:症状() 原因()					
予 防 接 種	Hib(ヒブ)感染症	1 回(年 月 日)	2 回(年 月 日)			
		3 回(年 月 日)	追 加(年 月 日)			
	肺炎球菌感染症	1 回(年 月 日)	2 回(年 月 日)			
		3 回(年 月 日)	追 加(年 月 日)			
	4種混合 (3種混合、ポリオ)	1 回(年 月 日)	2 回(年 月 日)			
		3 回(年 月 日)	第1期追加(年 月 日)			
	B C G	(年 月 日)				
	麻しん・風しん混合	1 期(年 月 日)	2 期(年 月 日)			
水 痘	1 回(年 月 日)	2 回(年 月 日)				
日本脳炎	1 回(年 月 日)	2 回(年 月 日)				
	3 回(年 月 日)					
そ の 他	_____ (年 月 日)		_____ (年 月 日)			
	_____ (年 月 日)		_____ (年 月 日)			
保育中、気をつけてもらいたいことがありましたらご記入ください。						