

川内すわこども園SECOND一時保育事業 児童票

登録番号	
------	--

令和 年 月 日記入

ふりがな 幼児・児童名	男 女	生年月日 H/R 年 月 日	年齢 満 歳 力月				
ふりがな 保護者氏名			住所 電話番号				
通園施設名	TEL		かかりつけ医療機関名 TEL				
家 族 関 係		氏 名	年齢	勤務先	電話番号・携帯	お子さんの愛称	
	父					お子さんの平熱  ℃	
	母						
	その他の家族						
	父方祖父					血液型  (      型 )  RH ( + ・ - )	
	祖母						
	母方祖父						
	祖母						
妊娠中の状態	異常なし ・ あり (妊娠中毒症・強いつわり・貧血・糖尿病・その他)						
分娩時の状態	異常なし ・ あり (鉗子・吸引・帝王切開・骨盤位・その他)						
出生時の記録	身長(      cm) 体重(      g) 未熟児(在胎週数      週)						
栄養の様子	哺乳方法 : 母乳      箇月まで ・ 混合 ・ 人工      離乳開始:      箇月						
出生時の状態	異常なし ・ あり ( 仮死 ・ けいれん ・ 黄疸 ・ 保育器 ・ 光線療法 ・ 代謝異常 )						
発達の様子	首の座り ひとり座り つかまり立ち ひとり歩き	箇月 箇月 箇月 箇月	あやすと笑う 人見知り つたい歩き 歯の生えはじめ	箇月 箇月 箇月 箇月	寝返り はいはい ひとり立ち	箇月 箇月 箇月	
予 防 接 種	ポリオ	1回	年 月 日	MR	( I )	日本脳炎	
		2回	・      ・		( II )		
	三種混合	1回	・      ・	麻疹	・      ・	初回	1回      ・      ・
		2回	・      ・	風疹	・      ・	追加	・      ・
		3回	・      ・	水痘	・      ・	肺炎球菌	・      ・
		1期追加	・      ・	おたふく	・      ・		
BCG		・      ・	ヒブ	・      ・			

※記入事項に追加・変更等がある場合は、預けられる時にお伝えください。

既往歴	病名	年月日	病名	年月日	病名	年月日
	麻疹	・	溶連菌感染症	・	結膜炎	・
	風疹	・	手足口病	・	B型肝炎	・
	水痘	・	伝染性紅斑	・	突発性発疹	・
	流行性耳下腺炎	・	肺炎	・	中耳炎	・
ひきつけ	無 有(有熱・無熱)【これまで(回) 最初(歳 ヶ月) 最後(歳 ヶ月)】					
その他 (大きな病気やけが)	傷病名 経過					
起こしやすい病気等	鼻出血・風邪をひきやすい・下痢・脱臼・じんましん アトピー性皮膚炎・喘息・鼻炎・その他( )					
食事用具	スプーン・はし・哺乳ビン・マグマグ・ストロー・コップ					
偏食の状況	偏食有( )・無					
食物アレルギー	有(牛乳・卵・肉・その他 )・無					
その他のアレルギー						
除去食	牛乳・卵・その他( )					
喘息	有(歳 箇月から 発作の回数 回)・無					
離乳食	1日(回) 朝・昼・夜 ごっくん・モグモグ・カミカミ					
睡眠	1日(時間睡眠) 午睡:する 1日(時間)・しない					
排泄の自立	自分で排尿 できる・できない(オムツ・オマル・自分で伝えてできる) 自分で排便 できる・できない(オムツ・オマル・自分で伝えてできる)					
くせ・性格						
心配なこと又は配慮してほしいことがありましたら記入してください。						