

秘 児 童 票

令和 年 月 日入園

令和 年 月 日記入

児童名	ふりがな		男・女	令和 年 月 日生		
保護者名	ふりがな		続柄	電話番号（自宅・母携帯・父携帯）		
				— —		
住所	〒					
家族関係	続柄	氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日
備考						
送迎者	登園時				降園時	

緊急連絡票

		第1連絡先	第2連絡先	第3連絡先
ふりがな 氏	氏名			
	続柄			
	勤務先			
	勤務先住所			
電話番号	勤務先			
	携帯			

※基本、①勤務先②携帯の順にご連絡します。希望がある場合は契約時にお伝えください。

※勤務をしていない場合は、ご自宅の住所をご記入ください。

育成歴							
児童名			男 ・ 女		R 年 月 日生		
血液型	型 RH (+ -)		平熱		度		
出生時の状況	第 子		正常 (妊娠 週)				
	出生時体重 g		分 娩 異常 (帝王切開・その他) (早産 週)				
発育の状況	栄養	母乳 人工 混合		離乳	開始 か月、 完了 か月		
	首のすわり		か月		寝返り	か月 おすわり か月	
	はいはい		か月		つかまり立ち	か月 歩行開始 か月	
健診の状況	年齢	年月日		特記事項	年齢	年月日 特記事項	
	1 か月	R 年 月 日			1 歳	R 年 月 日	
	3～4 か月	R 年 月 日			1歳6か月	R 年 月 日	
	6～7 か月	R 年 月 日			3 歳	R 年 月 日	
	9～10 か月	R 年 月 日					
既往歴	麻疹 (はしか) 歳		けいれん (有・無) 熱性 (回) 熱性以外 (回)				
	風疹 (三日はしか) 歳		関節がはずれやすい (有・無) 部位 () 左 / 右				
	水痘 (水ぼうそう) 歳		喘息 (有・無)				
	おたふくかぜ 歳		アトピー性皮膚炎 (有・無)				
	肺炎 歳		アレルギー体質 (有・無) 原因 ()				
	その他 入院歴など						
予防接種状況	ワクチン名	接種年月日					
	ヒブ	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	
	小児用肺炎球菌	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	
	四種 (三種) 混合	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	
	結核 (BCG)	R 年 月 日					
	麻疹風疹混合 (MR)	R 年 月 日	R 年 月 日				
	水痘 (水ぼうそう)	R 年 月 日	R 年 月 日				
	日本脳炎	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	
	ロタウイルス	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日			
	おたふくかぜ	R 年 月 日	R 年 月 日				
	B型肝炎	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日			
	A型肝炎	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日			
その他							
特記事項							
かかりつけの医療機関		住所			電話番号		
(小児科)							
(科)							
(科)							