

児童票

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 生まれ
お子様名			愛称	
住所	〒 TEL () -			

【家族構成(同居人)】

続柄	ご家族氏名	生年月日	年齢	勤務先・学校・幼稚園・保育園名
		T.S.H . .		
		T.S.H . .		
		T.S.H . .		
		T.S.H . .		
		T.S.H . .		
		T.S.H . .		
かかりつけ病院・医院				保険証番号
緊急連絡先1	氏名	続柄()	TEL:	
緊急連絡先2	氏名	続柄()	TEL:	

【出生・出産状況】

分娩経過	自然分娩・帝王切開・その他()	出生体重	g
------	------------------	------	---

【発達】

【予防接種】

首のすわり	ヶ月	接種したものに をつけてください ・ ツベルクリン(- ・ ± ・ +) ・ BCG ・ ポリオ ・ 三種混合(1・2・3)・追加 ・ 日本脳炎 1回 ・ 2回 ・ はしか ・ ふうしん ・ みずぼうそう ・ おたふく
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	
伝い歩き	ヶ月	
一人歩き	ヶ月	

【体のこと】

既往したものに をつけてください ・ はしか ・ ジフテリア ・ みずぼうそう ・ 百日せき ・ てんかん ・ 手足口病 ・ おたふく風邪 ・ とびひ ・ 肺炎 ・ 風疹 ・ 突発性発疹 ・ 流行性結膜炎 ・ 伝染性嘔吐下痢症 ・ ヘルパンギーナ ・ インフルエンザ ・ 脱きゅう ・ 熱性けいれん
--

【生活状況について】

<p>・睡眠状況について</p> <p>・就寝時間(平均時間) : 時 分 ~ 時 分</p> <p>・お昼寝 : 時頃 ~ 時間くらい</p> <p>・寝かせ方:(一人で寝る・添い寝・その他)</p> <p>・入眠時に必要なもの:または癖 :</p> <p>・寝起きの状態について :</p>
<p>・食習慣について</p> <p>・ミルク :母乳・人工・混合(メーカー名)</p> <p>:授乳回数 1日 回(時間おき) ・ 1回 cc</p> <p>・食事 : 離乳食(現段階の食事内容 初期・中期・後期・おとなと同じ)</p> <p>・食欲 : 旺盛である・小食である・むらがある</p> <p>・食事方法 : 一人で食べる・一人で食べようとする・食べさせる</p> <p>・食事道具 : はし・スプーンとフォーク・手</p> <p>・好きな食べ物 :</p> <p>・嫌いな食べ物 :</p> <p>・食事中に配慮して欲しいこと</p>
<p>・着脱について</p> <p>・着替えさせる・手伝うと自分で出来る・自分で出来る</p>
<p>・排泄について</p> <p>・オムツ(紙オムツ・布オムツ)・トレーニング中</p> <p>・トレーニング終了だが介助が必要(今の状態)・一人で全て出来る</p> <p>・排尿サイン 無・有()</p>
<p>・アレルギーについて</p> <p>・食物 無・有 ()</p> <p>・薬 無・有 ()</p> <p>・環境 無・有 (ダニ・ハウスダスト・動物・その他)</p>
<p>・性格(保護者からの見解)</p>
<p>・好きな遊び、好きなおもちゃ</p>
<p>・保育園に望むこと、保育上注意して欲しいこと</p>
<p>・習い事について</p> <p>* 何か習い事をされていますか</p>