

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 () -		
保護者氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務先	
		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:	

【生活状況について】

・睡眠状況について ・お昼寝 : する ・ しない 時頃 ~ 時間くらい ・入眠時に必要なもの:または癖 :
・食習慣について ・ミルク : 母乳 ・ 人工 ・ 混合 (メーカー名) : 授乳回数 1日 回(時間おき) ・ 1回 cc ・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) ・食事方法 : 一人で食べることができる ・ 練習中 ・ 食べさせる ・食事道具 : はし ・ スプーンとフォーク ・ 手 ・食事中に配慮して欲しいこと ()
・排泄について ・オムツ(紙オムツ ・ 布オムツ) ・ トレーニング中 ・ 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 ・ 排尿サイン 無 ・ 有 ()
・アレルギーについて ・食物 無 ・ 有 () ・薬 無 ・ 有 () ・環境 無 ・ 有 (ダニ ・ ハウスダスト ・ 動物 ・ その他)
・好きな遊び、好きなおもちゃ
・保育上注意して欲しいこと