

しんじゅくいるまこども園 病児病後児室 ひまわり 児童票

記入日 西暦 年 月 日

*内容に変更があった時は、利用時にその旨をお伝えください。(感染症・予防接種・電話番号等)

ふりがな お子さんの 氏 名	男		生年月日	西暦	年	月	日
	女		年 齢	歳	ヵ月		
自宅住所	〒			愛称 (呼び名)			
	TEL :			在園施設			
保護者等の 緊急連絡先	優先順位	ふりがな 氏名	続柄	携帯番号 または固定電話 (日中繋がる番号)	勤務先名称 勤務先電話番号		
	①				TEL :		
	②				TEL :		
	③				TEL :		
	④				TEL :		
※父・母・祖父母以外の送迎者となる方は、事前に身分証明書の提出が必要です。(ファミリーサポート、ベビーシッターなど)							
基本は①携帯⇒①勤務先⇒②携帯⇒②勤務先…の順で連絡いたします。ご要望等あればご記入ください(勤務先は後回し等)							
かかりつけ医療機関名称							
出生・出産 時の状況	分娩経過	自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 ()					
	出生体重	g		妊娠週数	週 日		
予防接種の 状況	DPT-IPV-Hib (五種混合)	未・1・2・3・4		BCG	未・済		
				水ぼうそう	未・1・2		
	DPT-IPV (四種混合)	未・1・2・3・4		ロタウイルス	未・1・2・3		
				おたふく	未・1・2		
	ヒブ	未・1・2・3・4		肺炎球菌	未・1・2・3・4		
	日本脳炎	未・1・2・3		B型肝炎	未・1・2・3		
	*MR (風疹・はしか)	未・1・2		インフルエンザ	直近の① ② 接種日		
その他 (上記以外)							
感染症歴	はしか	未 ・ 済		風 疹	未 ・ 済		
	水ぼうそう	未 ・ 済		百日咳	未 ・ 済		
	おたふく	未 ・ 済		突発性発疹	未 ・ 済		
	その他 (上記以外)						

熱性けいれん	なし ・ あり(下記の記入をお願いします)			
	①	歳	ヵ月	
	②	歳	ヵ月	
	③	歳	ヵ月	
	*ダイアアップ なし ・ あり		使用について	
てんかん発作	なし・あり	既往の詳細		
喘息・ 喘息性気管支炎	なし・あり	治療薬	飲んでいる(薬)・発作時のみ(薬)・飲んでいない	
		吸 入	毎日行っている ・ 発作時のみ ・ 行っていない	
アトピー性 皮膚炎	なし・あり	治療薬	塗り薬 ()・飲み薬 ()・なし	
アレルギーに ついて	食 物	なし・あり	食品名：	
			食品制限：	
	薬	なし・あり	薬品名：	
既往歴	疾患名		年齢	入院の有無
	①		歳 ヵ月	なし・あり
	②		歳 ヵ月	なし・あり
	③		歳 ヵ月	なし・あり
お子さんの 様子	食 事	少ない・普 通・多 い		手づかみ・スプーン・おはし
		食べさせる・半分くらい自分で食べる・自分で食べられる		
	排 尿	回/1日	出ることを 教えない・時々教える・教えてくれる	
	排 便	回/1日	出ることを 教えない・時々教える・教えてくれる	
	おむつ	全日おむつ ・ 全日パンツ ・ その他()		
	睡 眠	① 時～ 時くらい		② 時～ 時くらい
		寝る時の癖		
	好きな遊び おもちゃ			
伝達事項 (障がい・体質 ・くせ等)				

登録日 年 月 日