

児 童 票

保育施設名 **ゆいの里保育園tetote** 月 日 現在

登録園児	ふりがな 園児氏名	愛称	性別	生年月日	
			男 女	(歳 ヲ月)	
	自宅住所 (〒 -)				
	自宅電話番号				
かかりつけ医 () 医院・病院					
家族構成・連絡先	氏名	年齢	続柄	勤務先	連絡先
		歳			
		歳			
		歳			
		歳			
		歳			
		歳			
新生児期		出生時の異常 有 ・ 無		発育・発達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない
予防接種	四種混合	受けていない・受けた (1回 2回 3回 I期追加)			
	BCG	受けていない・受けた		ポリオ	受けていない・受けた
	はしか(麻疹)	受けていない・受けた		風疹	受けていない・受けた (1回 ・ 2回)
	水ぼうそう	受けていない・受けた		おたふくかぜ	受けていない・受けた
これまでにかかった主な感染症・病気					
1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 熱性けいれん (回数 回) (最後はいつ 年 月 日) 7 アトピー性皮膚炎 8 喘息及び喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時のみ治療) その他 ()					
入院歴	ない ・ ある	(病名 : 歳 ヲ月)			
		(病名 : 歳 ヲ月)			
服用している薬		ない ・ ある (具体的に :			
アレルギー		ない ・ ある (具体的に :			
その他	体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいことがあればご記入ください				

児 童 票

記入例

保育施設名 ゆいの里保育園tetote

○ 月 △ 日 現在

登録園児	ふりがな 園児氏名		愛称		性別	生年月日
	ほいく はなこ 保育 花子		はな 花ちゃん		男 女	西暦○○年△月△日生まれ (1 歳 3 ヶ月)
	自宅住所 (〒 ○○○ - ○○○○) ○○県○○市○○区○○町△-△-○					
	自宅電話番号 ○○△-○○○-△△△○					
かかりつけ医 (○△△) 医院・病院						
家族構成・連絡先	氏名	年齢	続柄	勤務先	連絡先	
	保育 てつ男	36 歳	父	○○病院	○○○-○○○○-○○○○	
	保育 ゆり子	31 歳	母	○○株式会社	○○○-○○○○-○○○○	
	保育 ひな子	10 歳	姉	○○市立○○小学校	○○○-○○○-○○○○	
		歳				
		歳				
新生児期		出生時の異常 有・無		発育・発達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない	
予防接種	四種混合	受けていない・受けた (1回 2回 3回 I期追加)				
	BCG	受けていない・受けた		ポリオ	受けていない・受けた	
	はしか(麻疹)	受けていない・受けた		風疹	受けていない・受けた(1回・2回)	
	水ぼうそう	受けていない・受けた		おたふくかぜ	受けていない・受けた	
これまでにかかった主な感染症・病気						
1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ						
6 熱性けいれん(回数 回)(最後はいつ 年 月 日) 7 アトピー性皮膚炎						
8 喘息及び喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時のみ治療) その他()						
入院歴	ない・ある	(病名: 歳 ヶ月)				
		(病名: 歳 ヶ月)				
服用している薬		ない・ある (具体的に:)				
アレルギー		ない・ある (具体的に: 卵)				
その他	体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいことがあればご記入ください					