

児 童 票(表)

写真貼付 家庭にあるお手持ちの 写真を貼ってください	ふりがな 児童名	男・女	入園	H・R 年 月 日					
	生年月日 H・R 年 月 日生 (第 子)		退園	H・R 年 月 日					
	現住所 〒 -		入園理由						
				自宅番号(- -)					
家庭の状況	氏名	年齢	児童との続柄	勤務先または学校		携帯番号・職場電話番号	健康状態		
	ふりがな		父			携帯: 職場:			
	ふりがな		母			携帯: 職場:			
	その他同居の家族								
勤務時間・送迎状況	平日の勤務時間			シフト制	土曜日の勤務時間			シフト制	公立・公私連携こども園記入欄 A 校区内 B 校区内へ転居予定 C 校区外認定区分 D 市外から転入予定 1号 保育を必要としない 2号 保護者の就労など 保育を必要とする
	父	午前 時 分～ 午後 時 分	有 無	父	午前 時 分～ 午後 時 分	有 無			
	母	午前 時 分～ 午後 時 分	有 無	母	午前 時 分～ 午後 時 分	有 無			
	登園 が 時頃			登園 が 時頃					
	お迎え が 時頃			お迎え が 時頃					
緊急連絡先	氏名	年齢	児童との続柄	勤務先または学校		電話番号			
	① ふりがな								
	② ふりがな								
	③ ふりがな								
障がい等の有無	【障がい】 無・有 診断名:								
	【手帳】 無・有 療育(A1 A2 B1 B2) 精神()級 身体()級								
	【特別児童扶養手当】 無・有 等級: 級								
	【児童デイなど事業所等への通所】 施設名: 週 回または月 回								
保険加入状況	有: 国民健康保険・社会保険・共済・その他() / 無			生活保護の有無		有・無			
登園道順略図 所要時間: 徒歩(分) 車で(分)									
※公立・公私連携こども園は、徒歩での登園・降園をお願いしています。(学校周辺は駐車禁止となっています)									
<確認事項> 次の項目をお読みになり、署名をお願いします。									
・勤務や世帯の状況が変わった場合は園とこどもみらい課に連絡をしてください。							令和 年 月 日		
・保育を必要とする事由がなくなったり、引っ越しをする場合はすぐに園とこどもみらい課に連絡をしてください。									
市外に引っ越し場合は退所となります。							保護者氏名		
備考									

裏面の記入をお願いします

児童票(裏)

※保育園等の面接で使用

※印がついている項目について
あてはまる場合、記入してください。
あてはまらないことは未記入で構いません。

面接日 令和 年 月 日

担当者

ふりがな		氏名		生年月日：H・R 年 月 日（満 歳 カ月）	
		愛称		性別（男・女）（第 子）	
出生時の状態	在胎週数：満 週 児の異常（仮死・黄疸〔光線療法 有・無〕）		食事	食物アレルギー（ない・ある）	
	体重（ g）身長（ cm） 頭囲（ cm）胸囲（ cm）			除去食（ ） 過去に食物アレルギー（なかった・あった） 好きな食べ物（ ） 嫌いな食べ物（ ） 食べ方（食べさせている・手掴み・スプーン・おはし） ※乳児期栄養〔母乳（ カ月～ カ月）・混合（ カ月～ カ月）・ミルク（ カ月～ カ月）〕 ※ミルクの種類（ ） 1日に飲む回数（ 回） 1回量（ ） ※食事の種類：離乳食（初期・中期・後期）・開始 カ月 幼児食	
身体状況	●開始時期を記入		排泄	＜排尿＞ 一人でできる 援助等が必要	
	首すわり（ 歳 カ月） 寝返り（ 歳 カ月） ひとりすわり（ 歳 カ月） はいはい（ 歳 カ月） つかまり立ち（ 歳 カ月） 伝い歩き（ 歳 カ月） ひとり歩き（ 歳 カ月） 聴覚の異常 ない・ある（ 歳 カ月）			＜排便＞ 一人でできる 援助等が必要 ※おむつをしている（ 一日中・寝る時のみ・出かける時のみ）	
保育歴	集団保育の経験（ない・ある）		睡眠	寝る時間（ 時頃） 起きる時間（ 時頃）	
	園名： （ 歳 カ月～ 歳 カ月） 園名： （ 歳 カ月～ 歳 カ月）			寝つき（よい・時間がかかる方） 昼寝（する 時～ 時、しない） 午前（ 回）午後（ 回） 寝る体勢（あおむけ・うつぶせ・横向き・その他 ） 寝かせつけ（一人で眠る・おんぶ・抱っこ・添い寝・その他 ） 寝る時によく見られること （特にない・ある 例：指しゃぶり ）	
健診	* 受けた健診すべてに○を付ける		着脱	一人で行える 援助等が必要	
	1か月 乳児前期（3～5か月児） 乳児後期（9～11か月児） 1歳6か月（1歳6か月～2歳未満） 3歳（3歳以上4歳未満）			清潔	
予防接種状況	定期	BCG	未・済	清潔	＜手洗い＞ 一人でできる 援助等が必要
		B型肝炎	未・済		＜顔拭き＞ 一人でできる 援助等が必要
		Hib（ヒブ）	未・済		＜鼻かみ＞ 一人でできる 援助等が必要
		肺炎球菌	未・済		安全
		四種混合	未・済		危険なことが（わかる・わからない）
		MR1期	未・済		安全への配慮が必要
		水痘（水ぼうそう）	未・済		（例：高いところに登る ）
	日本脳炎	未・済			
任意	おたふくかぜ	未・済			
かかりつけ医					
病院名： 連絡先：		病院名： 連絡先：		体質	
慢性的な病気のことと相談している病院・病名					
病院名： 病名：		病院名： 病名：			
既往歴	* 該当するものに○を付け、かかった年齢を記入する		体質	平熱（ ℃） よく高熱を出す（はい・そうでもない）	
	水痘（ 才）	流行性耳下腺炎（ 才）		発熱時は、 ℃くらいから用心している	
	麻疹（ 才）	しょうこう熱（ 才）		ひきつけた事（ない・ある： 回、 才の時、熱性の有無 ）	
	風疹（ 才）	熱性痙攣（ 才）		喘息（ない・ある） ある場合の対応（ ）	
	喘息（ 才）	気管支炎（ 才）		嘔吐しやすい 下痢しやすい 便秘がち	
	肺炎（ 才）	胃腸炎（ 才）		腕がはずれた事（ない・ある：右・左 部位 ）	
	百日咳（ 才）	中耳炎（ 才）		泣いた時の気の紛らわせ方（ ）	
	心疾患（ 才）	川崎病（ 才）		食物以外のアレルギー（ない・ある）	
	腎疾患（ 才）	その他疾患（ 才、 ）		〔 〕	
	肝疾患（ 才）	手術（ 才、 ）		〔 〕	
家庭での様子（言語・好きな遊び・社会性等）					
備考（育てるのに心配だったこと 等）					

◆ロタウイルス 令和2年8月1日以降に出生したお子様が定期接種の対象となっています。