

こども誰でも通園制度 園児情報

児童名(フリガナ)	性別	愛称	生年月日 年 月 日	血液型(分かれれば記入) A・B・O・AB
ご自宅住所 〒				ご自宅電話番号
希望利用日	月・火・水・木・金・未定			
希望利用時間	: ~ :			

世帯状況	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	年齢	携帯電話番号 <small>(兄弟の場合、保育園や学校名)</small>

お父様の勤務状況	勤務先名	勤務時間	: ~ :		
	所在地	最寄駅	駅	通勤時間	分
	電話番号	勤務形態	常勤・パート / 在宅(あり・なし)		
	メール				

お母様の勤務状況	勤務先名	勤務時間	: ~ :		
	所在地	最寄駅	駅	通勤時間	分
	電話番号	勤務形態	常勤・パート / 在宅(あり・なし)		
	メール				

保育中、お迎えを必要とする時の連絡先(電話を差し上げる順)

	氏名	勤務先又は携帯など	電話番号
①			
②			
③			
④			

園記入欄

児童健康台帳

児童名(フリガナ)	性別	生年月日	年齢	保護者名	続柄	日中保育している方
		年 月 日	歳 ヶ月			母・父・祖父母 その他()

あてはまるところに○、空欄には内容をご記入ください。

出 産 時 状 況	出生体重(g)身長(cm)	乳 児 期 に つ い て	栄養方法について教えてください。	母乳・粉ミルク・混合			
	頭圍(cm) 在胎周数(週 日)		首がすわったのはいつですか?	ヶ月			
お産 : 正常・帝王切開・吸引・その他()	歩き始めたのはいつですか?		歳 ヶ月				
妊娠中に母体に異常がありましたか?	離乳について記入してください。		開始 ヶ月 完了 歳 ヶ月				
いいえ ・ はい()	パパ・ママなどの言葉を話し始めたのはいつですか?		歳 ヶ月				
出生時に異常がありましたか?							
いいえ ・ はい()							
成 育 歴	予 防 接 種	五種混合 1回目	年 月 日	BCG	年 月 日		
		2回目	年 月 日	MR	年 月 日		
		3回目	年 月 日	水痘 1回目	年 月 日		
		追 加	年 月 日	2回目	年 月 日		
		小児用肺炎球菌 1回目	年 月 日	日本脳炎 1回目	年 月 日		
		2回目	年 月 日	2回目	年 月 日		
		3回目	年 月 日	追 加	年 月 日		
		追 加	年 月 日	ロタウイルス 1回目	年 月 日		
		B型肝炎 1回目	年 月 日	2回目	年 月 日		
		2回目	年 月 日	おたふく 1回目	年 月 日		
		3回目	年 月 日	その他()	年 月 日		
		その他()	年 月 日		年 月 日		
			年 月 日		年 月 日		
			年 月 日		年 月 日		
			年 月 日		年 月 日		
健 康 診 断	健康診断(乳児健診)を受けましたか?		指摘を受けた内容があれば記入		感 染 症	今までにかかった病気に○をつけてください。 麻疹・風疹・おたふく 百日咳・みずぼうそう その他()	
	3. 4ヶ月健診 (済 ・ 未)						
	6. 7ヶ月健診 (済 ・ 未)						
	9. 10ヶ月健診 (済 ・ 未)						
	1歳6ヶ月健診 (済 ・ 未)						
	3歳児健診 (済 ・ 未)						
	その他()						
医 療 歴	お 子 様 の 健 康 つ い て	平熱を記入してください。		℃	「はい」に○をつけた方はご記入下さい。		
		アレルギーと言われたことがありますか?	いいえ ・ はい	アトピー・喘息・食物() 薬()・その他()			
		けいれんやひきつけをおこしたことがありますか?	いいえ ・ はい	(体温 °C 回) ・ 熱性けいれん			
		大きな病気にかかったことがありますか?	いいえ ・ はい	病名() 病院()			
		大きなけがをしたことがありますか?	いいえ ・ はい	脱臼・骨折・その他()			
		かかりつけ医名	健康・発達面などで気になることはありますか?				
		電話番号					

お子様の様子について 記入日： 令和8年 月 日

児童名		記入日	年 月 日
1	平熱	°C	
2	最近の傾向		
	熱を出す ・ 風邪をひきやすい ・ 気管支が弱い よく下痢をする ・ よく便秘をする ・ よく鼻血を出す ※その他気になる事があればお書きください。 () ※その時に行われる対処方法や服用している薬があればお書きください。 ()		
3	お子様の病気について医師からの注意事項があればご記入ください。		
4	アレルギーについて ※アレルギーがある場合、給食の提供ができない可能性があります。		
	ない ・ ある(卵・乳・小麦・大豆・魚卵・そば・果物・ピーナッツ・その他())/症状:		
5	食事形態について		
	幼児食 離乳食 (初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期) (回食) ミルク (母乳 ・ 粉ミルク) (cc 時間間隔) ※自分でご飯を食べられますか？ (食べられる ・ 食べる練習をしている ・ 食べさせている) ※好きな食べ物 ※嫌いな食べ物 ※飲み物は何で飲んでいますか？ ※牛乳は飲めますか？(飲める ・ 飲めない) (哺乳瓶 ・ マグマグ ・ コップ) ※揚げ物は食べられますか？ (食べられる ・ まだ与えていない)		
6	睡眠について		
	普段の睡眠時間 (時間くらい) 夜の入眠時間(時頃) お昼寝の習慣 (ある ・ たまに寝る ・ 好きな時間に寝かせている ・ ない) お昼寝の時間 (回/ 時間くらい) (時頃) すぐに寝つきやすい ・ 抱っこで寝る ・ おんぶで寝る ※その他なにか癖があればお書きください ()		
7	排泄について		
	オムツ ・ トレーニング中 ・ 一人ができる		
8	託児経験はありますか？		
	ある ・ ない		
9	好きな遊びは何ですか？		
10	当園への希望がございましたらご記入ください。		