

## ①提出用書類

## 児童票

2019年度

園名 きたあやせこころ保育園

フリガナ	ココロ タロウ	生年月日	2017年4月22日	入園日	2019年4月1日	
児童名	心 太郎	性別	男・女	退園日	年 月 日	
保護者氏名	心 大地	続柄	父	連絡先	03-1234-5678	
住所	〒123-4567 足立区加平〇丁目〇番					
希望保育時間	平日 土曜	9:00~17:00 : ~ :	延長保育利用	有・無 : ~ :		
家族の状況	氏名	続柄	年齢	健康状態	職業	勤務先連絡先
	心 大地	父	31	良好	会社員	03-1234-5678
	心 花子	母	30	良好	会社員	03-1234-5679
	心 太一	兄	5	良好		
送迎者	氏名	続柄	年齢	連絡先		
	①心 花子	母	30	080-1234-5678		
	②心 大地	父	31	060-1234-5678		
	③田上 桜	祖母	65	090-1234-5678		
	④					
⑤						
かかりつけ医療機関	外科	内科		健康保険証記号番号	園児の血液型	
	医院名 ころ病院 〒123-000 足立区〇〇	医院名 ハートクリニック 〒123-0000 足立区〇〇		123456789		
	TEL 03-1234-5678	TEL 03-1234-5678		保険者名		
				〇〇健康保険協会	A型	

出生時	出生病院名	こころ病院		分娩方法	自然		
	身長	50.4cm		在胎週数	40週		
	体重	30405g		特別な所見・処置	異常なし		
予防接種記録				既往歴			
BCG				①これまでに大きな病気			
ポリオ	1回目			病名：	鼠径ヘルニア 年 8ヶ月		
	2回目			現在：	完治・経過観察・通院中		
四種混合 (DPT) ジフテリア ア・百日 咳・破傷 風・不活化 ポリオ	初回	1回目	②熱性けいれん				
		2回目	初回：	才 6ヶ月	熱：	39℃	
	追加	3回目	症状：意識消失・顔色不良・手足のけいれん				
			最後：	1才 0ヶ月	熱：	38℃	
麻疹・風疹 混合 (MR)	I期			合計：	3回 座薬投薬：なし		
	II期			入園後：			
日本脳炎	初回	満3歳	③アレルギー症状：				
	追加	満4歳	気管支喘息：有 無 (詳細をお書きください)				
インフルエンザ							
ヒブワクチン			アトピー：有 無 (詳細をお書きください)				
おたふく							
水ぼうそう			食物 ( ) ( ) ( )				
B型肝炎			薬物 ( ) ( ) ( )				
肺炎球菌			動物 ( ) ( ) ( )				
ロタウイルス			その他：				
その他			④脱臼：2019年1月10日				
			右肘・右肩・左肘・左肩 1回				
			現在：完治・経過観察・通院中				
保健センター等での健康診断				⑤乳幼児突然死症候群 (SIDS)			
4ヶ月健診：			医師からうつぶせ寝をすすめられている：有 無				
1歳半健診：			理由：				
3歳健診：							
健康診断で指摘されたこと				⑥その他：健康面で気になること			
特になし				特になし			