

\* 下記をご記入の上、当日保育園へご持参ください。

## 休日保育児童票

令和 年 月

記入者名

ふりがな 氏名	男 女	生年月日	年	月	日	生まれ	
			歳	ヶ月			
保護者	父氏名	( 歳)	お子さんの愛称				
	母氏名	( 歳)					
	自宅住所(〒 - )						
	ない・ある(キャリア)						
自宅電話番号		- -					
兄弟・姉妹		歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)			
職業	父勤務先	勤務時間	:	~	:	休日	
	母勤務先	勤務時間	:	~	:	休日	
緊急連絡先	1、電話番号	連絡先名					
	2、電話番号	連絡先名					
	3、電話番号	連絡先名					
	4、電話番号	連絡先名					
現在保育園名	保 育 園			登園日	月・火・水・木・金・土		
かかりつけ医	電話番号						
週産期	妊娠中の異常	なし・あり( )					
	出生時体重	g					
	出産週数は	早産( 週 日)・予定通り( 週 日)・予定日超過( 週 日)					
	出産時の異常	なし・あり					
乳児期の発達	首のすわり	ヶ月	おすわり	ヶ月	一人歩き	ヶ月	
	栄養法	母乳・混合・人工					
	離乳食開始時期	前期	ヶ月	中期	ヶ月	後期	ヶ月
		幼児食 歳 ヶ月					
	人見知り	ヶ月	後追い	ヶ月			
	初語(意味のある言葉)	歳 ヶ月					

※登園日については、該当する曜日全てに○をつけてください。

予防接種	ツベルクリン反応	年 月(判定 )			
	BCG	年 月			
	四種混合DPT	1回目	年 月	2回目	年 月
		3回目	年 月	一期追加	年 月
	麻疹(はしか)	年 月	風疹	年 月	
	日本脳炎	初回	年 月	2回目	年 月
		追加	年 月		
水痘(みずぼうそう)	年 月	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	年 月		
その他					
感染症	麻疹(はしか)	歳 ヶ月	水痘(みずぼうそう)	歳 ヶ月	
	百日咳	歳 ヶ月	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	歳 ヶ月	
	B型肝炎	ない・ある(キャリア)			
	その他				
兄弟・姉妹	熱性痙攣	初回 歳 ヶ月 現在まで 回、最後は 歳 ヶ月			
	喘息	毎日 薬を 飲んでいる・飲んでいない・発作時だけ			
	喘息様気管支炎	毎日 吸入を している・していない・発作時だけ			
	アトピー性皮膚炎	ない・ある			
	その他の病気(具体的に)				
	入院したこと	ない・ある	病名(	歳 ヶ月)	
		病名(	歳 ヶ月)		
		病名(	歳 ヶ月)		
		病名(	歳 ヶ月)		
常時内服している薬	喘息・アトピー性皮膚炎などで、常時内服しているお薬があれば具体的に薬剤名、内服時間もお書きください。				
食事	食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。 (検査データが必要です。記入後に検査をうけた結果は、必ずお伝えください。) 人見知り ヶ月 後追い ヶ月				
その他	体質(薬物アレルギー等)や癖など心配、配慮して欲しいことについて具体的にお書きください。				