|  |
| --- |
| 児童記録 |

保育所名　　　　　　　　保育所 　 　男・女 　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日生

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　護　者 | 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　父携帯  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　母携帯 | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　続柄　　　　　　　電話　　　　　　　　　携帯 | | | | | | |
| 健 康  保 険 証 | 種　類　　　　　記　号　　　　　　番　号 | | | | 保険加入  代 表 者 | |  |
| 保険証発行機関 | 名称 | | 保険者番号 | | | | |
| 本人血液型 | 型 | 父母血液型 | | 父　　　　型 | | 母　　　　型 | |

家 族 構 成　　(入所児童以外の世帯構成員を記入)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家　族　の　状　況 | 氏　　　名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先(学校名・学年) | 勤務先電話番号 | 備　考 |
|  |  | ・　・ |  |  |  |
|  |  | ・　・ |  |  |  |
|  |  | ・　・ |  |  |  |
|  |  | ・　・ |  |  |  |
|  |  | ・　・ |  |  |  |
|  |  | ・　・ |  |  |  |

児童の送迎

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童の送迎 | 送りは誰が |  | 何で | 車・自転車・徒歩・他(　　　　　) |
| 迎えは誰が |  | 何で | 車・自転車・徒歩・他(　　　　　) |
| 〔自宅から保育所迄の道路略図〕 | | | | |

**入 所 前 児 童 健 康 状 況**

(各項目に記入、又は○で囲んで下さい)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出　　生　　歴 | | 第　　　　子 | | | | | 分　　娩 | | ・正常　　・早産　　・帝王切開 | | | | | | |
| 出生時の状況 | | 出　　産 | 満　　　 週 | | | | 身　　長 | | ｃｍ | | | | 体　重 | | ｇ |
| 健診の受診状況 | | ・４ヶ月健診　　・７カ月健診　　・１歳６ヶ月健診　　　・３歳児健診 | | | | | | | | | | | | | |
| 栄  養  法 | 哺乳方法 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 離　乳 | 生後　　　　ヶ月より始め  生後　　　　ヶ月に終わる | | | 入所時 食　事 | | | 偏食  有・無 | | 最も好むもの | | | | 最も嫌うもの | |
| 発　　達  体　　質  く　　せ | | 首のすわり　　　　　ヶ月、　おすわり　　　　　ヶ月、　歩きはじめ　　　　　ヶ月 | | | | | | | | | | | | | |
| ・発疹ができやすい　　・夜尿症　　・便秘がち　・下痢しやすい　・皮膚がただれやすい  ・脱臼しやすい（肘　　　　　肩　　　　　股関節　　　　　）　　・指しゃぶり　　・喘息  ・その他 | | | | | | | | | | | | | |
| 持　　病 | | 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | 平熱 | | 度　　　分 | | |
| アレルギー | | ある ・ ない | | ある場合：アレルギー検査　　実施　・　未実施  食物名等： | | | | | | | | | | | |
| 生 活 リ ズ ム | | 起床：　　時　～　　時頃 | | | | 午睡：　　時　～　　時頃 | | | | | | 就寝：　　時　～　　時頃 | | | |

**既　　往　　症**  　(既往歴がある場合は、記入して下さい)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病　名 | 風　疹 | 水　痘 | おたふくかぜ | 川崎病 | ヘルパンギーナ | ≪その他≫  これまでの大きな疾病（先天性疾患を含む）や入院、頭部外傷・けいれん・やけど・誤飲等 |
| 入所前  （○歳○ヶ月で記入） |  |  |  |  |  |
| 入所後 | ・　・ | ・　・ | ・　・ | ・　・ | ・　・ |
| 病　名 | 気管支炎 | 中耳炎 | 肺　炎 | 突発性発疹 | 手足口病 |
| 入所前  （○歳○ヶ月で記入） |  |  |  |  |  |
| 入所後 | ・　・ | ・　・ | ・　・ | ・ ・ | ・　・ |

**予　　防　　接　　種**　(接種年月日を記入して下さい)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ヒブワクチン | 小児肺炎球菌ワクチン | ロタウイルス  ( 1価 又は 5価 ) | 四種混合 | B型肝炎 | BCG | |
| 1回目  2回目  3回目  4回目 | 1回目  2回目  3回目  4回目 | 1回目  2回目  3回目 | 1回目  2回目  3回目  4回目 | 1回目  2回目  3回目 | 1回目 | |
| MR混合（麻疹・風疹） | 水　痘 | 日本脳炎 | おたふくかぜ | その他 | | |
| Ⅰ期  Ⅱ期 | 1回目  2回目 | 1回目  2回目  3回目 | 1回目  2回目 |  | | |
| 保　育　中　特　に　注　意　を　必　要　と　す　る　事　項 | | | | | |
|  | | | | | |

※保育所、託児所以外で児童が定期的に利用しているところがあれば記載してください（例：ふれあい広場〇曜日）