

入所児童票

年 月 日

ふりがな 児童名	男 女	生年月日	令和 年 月 日
		年齢区分	歳 * 4月1日現在
分娩	<input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 早産 (か月) <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 切開		
身長	出生時 cm/現在 cm		
体重	出生時 g/現在 g		
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名:) (服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [1日 回])		
感染症歴	<input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝炎		
平熱	<input type="checkbox"/> (. °C)		
ひきつけ けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (初回: 歳 か月) * ありの場合は、何度で連絡をするか記入してください (. °C)		
てんかん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (初回: 歳 か月 発熱 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
肘内障	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (右ひじ 左ひじ その他)		
予防接種	<input type="checkbox"/> H i b <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> B C G <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> MR (麻しん・風しん) <input type="checkbox"/> その他 ()		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査していない <input type="checkbox"/> あり ()		
食事	内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (初期・中期・後期・完了期) <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ヨーグルト (プレーン・加糖) * 牛乳、ヨーグルトは、飲んだ(食べた)ことがある場合にレ点を入れてください。プレーン・加糖には、○を記入してください。	
	食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> ムラがある	
	食べ方	<input type="checkbox"/> 自立 (手づかみ・スプーン・はし) <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう	
	好き嫌い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
排泄	おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パンツ	
	小便	<input type="checkbox"/> 尿意を伝える <input type="checkbox"/> トイレでできる <input type="checkbox"/> できない	
	大便	<input type="checkbox"/> 便意を伝える <input type="checkbox"/> トイレでできる <input type="checkbox"/> できない	
歩行	<input type="checkbox"/> ハイハイ <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 一人歩き		

手帳等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級 障害名： ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 小児慢性疾患事業
保育歴	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 保育所等（ ） <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> その他（ ）
緊急 連絡先 <small>* 病気や災害時に 連絡する場合があります。</small>	氏名 児童との関係（ ）
	電話番号
	氏名 児童との関係（ ）
	電話番号
	氏名 児童との関係（ ）
	電話番号
市ホームページ等への 写真等の掲載	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <small>* 保育の記録として撮影した写真や動画が市のHPや園だよりに掲載（配信）される場合があります。</small>
自由記入	<small>* お子さんの健康状態や集団生活に対して気になることなどをご記入ください。</small>