

児童表

年 月 日

ふりがな		男 女	生年月日	H・R 年 月 日 ()歳
こども氏名				
愛称				
住 所	〒 - 岡山県			

家 族 構 成	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校等
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

か か り つ け	医療機関名称	電話番号	住所

緊 急 連 絡 先	順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先名
	①				
	②				
	③				
	④				

※必ず3か所以上記入願います

出生・出産	自然分娩・帝王切開・その他（ ）		出生体重	g
発達状況	首のすわり	ヶ月	つかまり立ち	ヶ月
	寝返り	ヶ月	伝い歩き	ヶ月
	おすわり	ヶ月	一人歩き	ヶ月
	はいはい	ヶ月		

予防接種			
B型肝炎	1回目・2回目・3回目	ロタウイルス	1回目・2回目
ヒブ	1回目・2回目・3回目・4回目	肺炎球菌ワクチン	1回目・2回目・3回目・4回目
四種混合	1回目・2回目・3回目・4回目	B C G	1回目
麻しん・風しん	1回目・2回目	水痘	1回目・2回目
おたふくかぜ	1回目・2回目	日本脳炎	1回目・2回目・3回目・4回目
インフルエンザ	1回目・2回目		

今迄にかかった病気	はしか	有・無	突発性発疹	有・無
	ジフテリア	有・無	流行性結膜炎	有・無
	水疱瘡	有・無	伝染性嘔吐下痢	有・無
	百日咳	有・無	ヘルパンギーナ	有・無
	てんかん	有・無	インフルエンザ	有・無
	手足口病	有・無	脱臼	有・無
	おたふく	有・無	熱性けいれん	有・無
	とびひ	有・無	ひきつけ	有・無
	肺炎	有・無	喘息・気管支炎	有・無
	風疹	有・無		有・無

アレルギー	食べ物	有（ ）・無
	薬	有（ ）・無
	環境	有（ ダニ・ハウスダスト・動物・その他 ）・無

その他気になること		身体と健康について気になることがあればご記入下さい。(食べ物・先天性疾患等)	
生活状況について	睡眠	就寝時間(平均時間)	時 分 ~ 時 分
		お昼寝	時頃 ~ 時間くらい
		寝かせ方	一人で寝る・添い寝・その他()
		入眠時に必要なもの又は癖	
		寝起きの状態	
		睡眠中に配慮してほしいこと	
	食事	ミルク	母乳・人工・混合(メーカー名:)
		授乳回数	1日 回(時間毎) / 1回 cc
		形態	離乳食(現段階の食事 初期・中期・後期・完了期・きざみ・大人と同様)
		食欲	旺盛である・小食・むらがある・その他()
		食事方法	一人で食べる・一人で食べようとする・食べさせる
		食事道具	はし・スプーン&フォーク・手・その他()
		好きな食べ物	
		嫌いな食べ物	
	着脱		自分でできる・手伝うとできる・着替えさせる
		着脱に配慮してほしいこと	
	排泄		一人でできる・トレーニング中・トレーニング終了したが手伝いが必要(現状:)・紙おむつ又は布おむつ
		排泄に配慮してほしいこと	

性格	
----	--

こ だ わ り	
------------------	--

要 望	保育所に望むこと他なんでも構いませんのでご記入下さい。
--------	-----------------------------