

児 童 票

児童名	
生年月日	年 月 日生 (歳 ヶ月)
保護者名	

(ご家庭でのお子さんの生活と育ちの様子)

出生体重 _____ g 現在の体重 _____ g 血液型 _____ 型 RH + ・ -		心配な点	
家庭での生活の様子	朝食 _____ 時 (食欲 _____) 昼食 _____ 時 夕食 _____ 時 おやつ 1日 _____ 回 (定時・欲しがるとき)	食事の習慣 (スプーンや箸等)	好きなもの/嫌いなもの/その他
	就寝 _____ 時 _____ 分頃～起床 _____ 時 _____ 分頃 睡眠時間 (_____ 時間 _____ 分くらい) 昼寝 1日 _____ 回 (_____ 時間) ※寝かせ方など		
排泄	自立の程度 <input type="checkbox"/> オムツを使用 (全日/寝るとき) (布・紙・トレーニングパンツ) <input type="checkbox"/> おしえる (排尿/排便) <input type="checkbox"/> 1人で (排尿/排便)		排泄のリズム・状態 <input checked="" type="checkbox"/> 1日の回数 (排尿 _____ 時間おき) (排便 _____ 回 朝・昼・夜) <input checked="" type="checkbox"/> その他
	生活習慣 <input checked="" type="checkbox"/> 着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 手洗い		自立への意欲 <input type="checkbox"/> なんでもじぶんでやりたがる <input type="checkbox"/> できるが甘えてやらない <input type="checkbox"/> 我を通そうとする <input type="checkbox"/> 身の回りのことは一通りできる
遊びの様子	周囲への興味・関わりの様子 <input checked="" type="checkbox"/> 好きな遊び <input checked="" type="checkbox"/> 嫌い・苦手なもの <input checked="" type="checkbox"/> 友達への関心		言葉 <input checked="" type="checkbox"/> 話し始めの時期 <input checked="" type="checkbox"/> 最近の様子
	起こしやすい病気・症状 (気になるものに○) 下痢・便秘・風邪をひきやすい・熱を出しやすい・湿疹 かぶれやすい・鼻血が出やすい・脱臼しやすい・ひきつけ 怪我をしやすい・じんましん (_____) アレルギー (_____)		子どもの平熱 _____ 度 _____ 分くらい かかりつけの医師 <input checked="" type="checkbox"/> 小児科/名称 _____ 電話番号 _____ <input checked="" type="checkbox"/> 外科/名称 _____ 電話番号 _____
■ これまでに利用したことのある保育施設等について (該当するものにレ点を入れてください。)			
<input type="checkbox"/> 認可保育園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 家庭的保育事業 <input type="checkbox"/> 小規模保育事業 <input type="checkbox"/> 保育室 <input type="checkbox"/> 保育ママ <input type="checkbox"/> 認証保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園預かり保育 <input type="checkbox"/> 事業所内保育事業 <input type="checkbox"/> ベビーホテル <input type="checkbox"/> その他 (_____)			