

一時預かり児童票

年 月 日 記入

ふりがな								
児童名								
愛称					性別	男 ・ 女		
生年月日	平成 年 月 日生				血液型	型 RH(+・-)		
保護者名	(続柄:)				健康保険	種類(社保・国保・共済・その他)		
住所	〒					記号 _____ 番号 _____ 保険者名()		
電話番号					FAX			
第一緊急連絡先	氏名 (続柄:) TEL							
第二緊急連絡先	氏名 (続柄:) TEL							
家族の状況	父	フリガナ				勤務先名		
		氏名				勤務先住所		
			(年 月 日生 才)			勤務先電話		
						携帯電話		
	母	フリガナ				勤務先名		
		氏名				勤務先住所		
			(年 月 日生 才)			勤務先電話		
						携帯電話		
	続柄	氏名(フリガナ)		生年月日(年齢)		健康状態	職業	勤務先
				年 月 日 (才)				
				年 月 日 (才)				
				年 月 日 (才)				
			年 月 日 (才)					
送迎	通常時送迎者	送り				迎え		
	代理送迎者	送り				迎え		
	通園方法	徒歩・バス・電車・車・その他()			通園所要時間	時間 分		
かかりつけ医	診療科目	病院名				電話番号		
	眼科	(通院歴 有 ・ 無)						
	内科	(通院歴 有 ・ 無)						
	外科	(通院歴 有 ・ 無)						

生育暦

妊娠中の病気	有・無	切迫流産	第 週 ・ 日間入院		
		妊娠中毒症	蛋白尿 ・ 高血圧 ・ 浮腫		
		妊娠貧血	第 週 (Hb g/dl)	内服薬 ・ 注射	
		妊娠悪阻	強い ・ 普通 ・ 軽い		
		その他	()		
分娩状況	在胎期間	週 (カ月)			
	分娩所要時間	時間 分 : 安産 ・ 難産			
	出血量	少量 ・ 中量 ・ 多量 (ml)			
	異常の有無	なし・早産(週)・遅産(週)・陣痛微弱・早期破水・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開・骨盤位・その他()			
児の状態	生下時状態	正常 ・ 仮死	出産した院名		
	身長	cm	体重	g	
	頭囲	cm	胸囲	cm	
の乳児期状況	異常なし ・ 頭出血・哺乳力微弱・チアノーゼ・痙攣・高熱・股関節開排制限 啼泣力微弱 ・ 吐乳 ・ 黄疸(無し・普通・強)・光線療法(生後 日より 時間)				
栄養方法	母乳()ヶ月まで	授乳回数/量 : ()時間毎・()cc・1日()回位			
	混合()ヶ月まで	吐乳の有無 : (よくある ・ ときどきある ・ ない)			
	人工()ヶ月まで	離乳始め()ヶ月	断乳()ヶ月		
発育状況	笑う ()ヶ月	首がすわる()ヶ月	寝返り()ヶ月	玩具を握る()ヶ月	
	人見知り()ヶ月	お座り ()ヶ月	はいはい()ヶ月	つかまり立ち()ヶ月	
	独り立ち()ヶ月	歩行 ()ヶ月	始語 ()ヶ月	生歯 ()ヶ月	
発育歴	排泄	大便(ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)			オムツ使用の場合 (紙おむつ・布オムツ)
		小便(ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)			
	夜尿 (する ・ ときどきする ・ しない)		添寝 (する ・ しない)		
	睡眠	就寝()時	起床()時	昼寝(する[: ~ :] ・ しない)	
		寝つき(良い ・ 悪い)		目覚め(良い ・ 悪い)	
	着脱	ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない			
	清潔	手洗い (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)			
		洗顔 (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)			
		歯みがき (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)			
		うがい (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)			
言葉	明瞭 ・ 不明瞭 ・ その他				
遊び	友達と遊ぶ ・ 一人で遊ぶ ・ 大人と遊ぶ		好きな遊び()		

既往症	麻疹(歳) 風疹(歳) 水痘(歳) 中耳炎(歳)
	百日咳(歳) 肺炎(歳) 脱臼(歳)
	流行性耳下腺炎(歳) _____ (歳) _____ (歳)
病歴及び体質	ひきつけ・鼻血・喘息・心臓疾患・便秘・下痢症・ヘルニア・風邪を引きやすい・ 脱臼(部位: _____) アレルギー疾患(_____)
	その他注意を要する事項
保育歴	家庭での保育・ベビーシッター・保育所・その他(_____)
その他	お子様のことで不安なことや、保育所に希望することがあれば記入してください。

予防接種					
定期予防接種	Hib (インフルエンザ菌 B型)	(1) 年 月 日	肺炎球菌 (13価結合型)	(1) 年 月 日	
		(2) 年 月 日		(2) 年 月 日	
		(3) 年 月 日		(3) 年 月 日	
		(4) 年 月 日		(4) 年 月 日	
	B型肝炎	(1) 年 月 日	DPT-IPV I期	(1) 年 月 日	
		(2) 年 月 日		(2) 年 月 日	
		(3) 年 月 日		(3) 年 月 日	
	BCG	(1) 年 月 日	麻疹・風疹 混合(MR)	(4) 年 月 日	
		陰性・陽性 年 月 日		(1) 年 月 日	
	日本脳炎	(1) 年 月 日	水痘	(2) 年 月 日	
		(2) 年 月 日		(1) 年 月 日	
		(3) 年 月 日		(2) 年 月 日	
		(4) 年 月 日			
	その他必要に応じて	注射名	接種日	注射名	接種日
			年 月 日		年 月 日
			年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	

一日の流れ			
時間	日課		
4-	(例) 睡眠	授乳 (種類) <input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> 混合栄養 () カ月から <input type="checkbox"/> 人工栄養 () カ月から <input type="checkbox"/> 牛乳 () カ月から * ご家庭で試していただいた後、一歳を過ぎたらおやつ時のみ生の牛乳を飲みます。 <input type="checkbox"/> フォローアップミルク () カ月から (ミルク) メーカー () 品名 () 乳首メーカー () 乳首サイズ S・M・L・X・Y (吐乳) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			
10-			
11-			
12-			
13-			離乳食 (開始) ・野菜スープ () カ月頃 ・果汁 () ヶ月頃 ・お粥を食べ始めた時期 () カ月頃 (一回の食事時間) 離乳食+母乳またはミルク () 分くらい (味付け) <input type="checkbox"/> 子どもに合わせる <input type="checkbox"/> 大人と同じ <input type="checkbox"/> ものによっては子どもに合わせる (好き嫌いについて) ・特に好きなもの… ・特に嫌いなもの… (使っているベビーフード) <input type="checkbox"/> 穀類 <input type="checkbox"/> レバー <input type="checkbox"/> 肉+野菜 <input type="checkbox"/> 魚+野菜 <input type="checkbox"/> 野菜類 <input type="checkbox"/> スープ類 <input type="checkbox"/> 果汁 <input type="checkbox"/> その他 () (食べさせ方) <input type="checkbox"/> 抱いて <input type="checkbox"/> 椅子に座らせて (場所) (食べ方) <input type="checkbox"/> 気になる <input type="checkbox"/> 気にならない * 食べ方が気になる方 <input type="checkbox"/> 噛まずに飲み込む <input type="checkbox"/> 早食い <input type="checkbox"/> 時間がかかる () 分 <input type="checkbox"/> 口を開けたまま噛む <input type="checkbox"/> 遊びながら食べる <input type="checkbox"/> その他 () (今使用している食器具) <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> マグマグ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> その他 () (今の生歯状況) 上 () 本 下 () 本
14-			
15-			
16-			
17-			
18-			
19-			
20-			
21-			
22-			
23-			
24-			
1-			
2-			
3-			