




# 児童票 I (幼児用家庭状況調査表)

年 月 日記入

ふりがな				性別				生年月日	平熱	
児童氏名				(男)・女	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	3年 月 日生			36. ×度	
ふりがな			続柄	住 所				自宅電話		
保護者氏名				美馬市						
緊急連絡先			電話	続柄						
①			090-1234-							
②			090-8765-							
かかりつけの 医院名	内科		外科		整形外科		眼科		その他	
	医院名		医院名		医院名		医院名		医院名	
	電話		電話		電話		電話		電話	
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	生年月日			勤務先又は学校名			連絡先	
			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	60年 3月 6日生			( )			090-1234-
			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	63年 11月 27日生			( )			090-8765-
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	25年 5月 5日生						
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	28年 10月 13日生						
			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	30年 7月 29日生			( )			080-4321-
			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	36年 4月 20日生						080-5678-
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日生							
通 園 に 関 す る こ と	略図及び地域の環境 (第1希望の認定こども園・保育所から自宅までの略図)									
	<p>• 入園後、保育士が家庭訪問時に使用するため、目印になる建物（お店等）を記入してください。</p> <p>• google map等の地図を印刷して添付していただいても構いません。</p> <p>※ただし、第1希望の認定こども園等を記入しても、利用調整の結果、第2希望以下の認定こども園等になる場合や入園できない場合もあります。</p> <div style="text-align: right;">  </div>									
	通常を送迎者	(送り)	氏名	続柄	(迎え)	氏名	続柄			
	代理の送迎者	(送り)	氏名	続柄	(迎え)	氏名	続柄			
通園方法	<input checked="" type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関				所要時間					

( ) 内に記入及び該当するものに☑をつけてください。

生育歴	状 出 産 況	分娩	☐安産 ☐難産( )		出生時体重( )g		
		栄養	☐母乳	☐人工	☐混合	離乳はじめ( )か月	断乳( )か月
		発育	☐良い ☐普通 ☐不良		その他特記事項( )		
	状 発 育 況	笑う( )か月	首がすわる( )か月	寝返り( )か月	玩具をにぎる( )か月		
		人見知り( )か月	お座り( )か月	はいはい( )か月	つかまり立ち( )か月		
		ひとり立ち( )か月	歩行( )か月	始語( )か月	生歯( )か月		
幼児のすがた	食 事	量 (☐多い ☐普通 ☐少ない)	嫌いな食品名 ( )				
		方法 (☐箸 ☐スプーン ☐手づかみ)	時間 ( 分)				
	排 泄	大便 (☐ひとりでできる ☐手助けをすればできる ☐できない) 夜尿 (☐する ☐時々する ☐しない)					
		小便 (☐ひとりでできる ☐手助けをすればできる ☐できない) おむつ (☐している ☐していない)					
	睡 眠	就寝( )時( )分					
	着 衣	☐					
	清 潔	☐					
	言 葉 遊 び	☐					
	保 健 の 状 況	う け た 予 防 接 種	ロタウイルス	H i b	小児肺炎球菌	B型肝炎	四種混合
			年 月	年 月	年 月	年 月	① 年 月 ③ 年 月 ② 年 月 ④ 年 月
BCG			麻しん 風しん	水 痘	日本脳炎		
年 月			① 年 月 ② 年 月	① 年 月 ② 年 月	年 月		
乳幼児健康 診査の 受診有無		☐ 受けた (受診した健康診査すべてにチェックしてください) ☐ 1か月 ☐ 3、4か月 ☐ 6、7か月 ☐ 9、10か月 ☐ 1歳6か月 ☐ 2歳 ☐ 3歳 ※ 健診時に医師や保健師からの指導や指摘があった場合、その内容を記入してください。 ( ) ☐ 受けていない					
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			
通院・ 入院歴	※ 今まで大きな病気やひきつけなどを起こして病院に相談したことはありますか? ☐ ない ☐ ある 病院名 ( ) 受診科 ( ) 受診内容 ( ) 期間 ( )						
病 癰 及 び 体 質	☐ひきつけ ☐鼻血 ☐ぜんそく ☐心臓疾患 ☐便秘 ☐下痢症 ☐ヘルニア ☐風邪をひきやすい ☐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 ☐認定こども園・保育所 ☐その他 ( )						
そ の 他	家庭での呼名 ( ) 主として育てた人 ( ) 性質・性格等 ( )						
	お子さんのことで不安なことや、認定こども園に希望することがあれば記入してください。						

・児童票の裏面は、母子手帳を見ながら、分かる範囲で記入または該当するものに☑をしてください。  
 ・特に低年齢児は、申請時に記入できない箇所があれば、空白で提出してください。  
 入園決定後、面接時に保育士とともに確認していきます。

