

児童票

登録日： 年 月 日

利用児童	ふりがな				<写真貼付欄> 児童と送迎者の写真	
	氏 名	男・女				
	生年月日	年 月 日 (歳 カ月)				
	現住所	〒 区 電話 - -				

家族及び同居人	ふりがな	続柄	生年月日	健否	勤務先等・住所・電話	送迎有無
	氏 名					
		父			電話 - -	
		母			電話 - -	
					電話 - -	
					電話 - -	
					電話 - -	

家族及び同居人以外の緊急連絡先

ふりがな	続柄	生年月日	健否	勤務先等・住所・電話	送迎有無
氏 名					
				電話 - -	

かかりつけの病院	①	名称	②	名称
		電話 - -		電話 - -

備考欄（実施園記入欄）

☐ 公的身分証明書の写し・・・「子ども医療費受給者証」・「マイナンバーカード」・「住民票の写しの原本」・ その他（ ）

☐ 利用料減免の有無（有・無）
※「有」の場合の証明書類・・・「所得（市・道民税）証明書」
「受給証明書」・「証明願」・「決定通知書」・ その他（ ）

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

健康調査票

出生状態		在胎期間（ 週） 正常産 仮死産 鉗子分娩 逆子 帝王切開 出生時の体重（ g） 出生時の身長（ cm）					
乳児期の状態		栄養（母乳・人工乳・混合）首のすわり（ ヲ月）離乳食期（ ヲ月 ～ ヲ月） 歯の生えはじめ（ ヲ月）歩きはじめ（ 歳 ヲ月）言葉のはじまり（ 歳 ヲ月）					
予防接種		BCG、MRワクチン(①・②)、五種混合(①・②・③・④)、四種混合(①・②・③・④)、 ヒブ(①・②・③・④)、肺炎球菌(①・②・③・④)、水ぼうそう(①・②)、おたふくかぜ(①・②)、日本脳炎(①・②・③)、B型肝炎(①・②・③)、ロタウイルス(①・②・③)、その他（ ）					
今までにかかった感染症		はしか（ 年 ヲ月）風疹（ 年 ヲ月）水ぼうそう（ 年 ヲ月） おたふくかぜ（ 年 ヲ月）突発性発疹（ 年 ヲ月）（ 年 ヲ月） 百日咳（ 年 ヲ月）リンゴ病（ 年 ヲ月）その他（ ）					
今までにかかった病気・体質		けいれん（ひきつけ）てんかん 喘息 心臓疾患 中耳炎（右・左）肘内障（右・左）脱臼（部位： ）ヘルニア（部位： ） 川崎病 転びやすい よく吐く アトピー性皮膚炎 その他（ ）					平熱 ℃
アレルギー		食べ物（ ）ハチ その他（ ）					
生活の様子		母乳 ・ ミルク ・ 混合 ・ 離乳食 ・ 幼児食					
	食事	好きな食べ物			嫌いな食べ物		
	排泄	おむつの使用（紙・布） おまるの使用 トイレの使用 排泄の予告（ある・ない） 頻尿 ・ 夜尿 ・ 下痢 ・ 便秘					
	睡眠	睡眠時間（昼： 時 分 ～ 時 分、夜： 時 分 ～ 時 分） 寝つき（良・否）、寝起き（良・否） 寝る時の様子やくせ：					
		好きな遊び			家庭ではお子さんをどのように呼んでいますか		

「こども誰でも通園制度」を利用するにあたって

年 月 日

以下の内容にて利用することを希望します。

- ☐ 定期利用
- ・希望する利用頻度： ____週に ____回
 - ・希望する利用曜日： _____ 曜日
 - ・希望する時間帯： AM（9時～ _____ 時）・PM（15時～ _____ 時）
- ☐ 自由利用
- ・給食提供を（ 希望する ・ 希望しない ）

備考欄（実施園記入欄）

- ※「不可」の場合の理由…「食物アレルギー」・「宗教上の理由」