

# 児 童 票

ふりがな		性別	生 年 月 日
児童氏名			年 月 日

年 度	年 齢	担 任 氏 名
令和 年度	歳	
年度	歳	
年度	歳	
年度	歳	
年度	歳	
年度	歳	

入所年月日	令和 年 月 日	退所年月日	令和 年 月 日
-------	-------------	-------	-------------

# 児童票 I (幼児用家庭状況調査表)

令和 年 月 日記入

ふりがな		性別	生年月日	血液型	平熱	緊急連絡先	電話	続柄
児童氏名			年 月 日			①		
ふりがな		続柄	住 所			②		
保護者氏名						自宅電話		
かかりつけ の医院名	内科	電話( )	外科	電話( )	健康保険			
	医院名		医院名		種類 記号 番号			
	住所		住所					
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	生年月日	健康状態	勤務先(学校・学年)	連絡(電話)	勤 務 時 間	
							平日 ~	
							土曜日 ~	
							平日 ~	
							土曜日 ~	
こ と	略図及び地域の環境					N +		
	通常の送迎者	(送り)			(迎え)			
	代理の送迎者	(送り)			(迎え)			
	通園方法				所要時間			

生 育 歴	出生状況	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							
歴	発育状況	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						
		独り立ち ( ) か月	歩行 ( ) か月	始語 ( ) か月	生歯 ( ) か月						
幼 児 の す が	食事	食量 (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 (ひとりのできる 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 (ひとりのできる 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) 起床 ( 時) 昼寝 (する ( 分位) しない) ねつき (良い 悪い) 目覚め (良い 悪い) 添い寝 (する しない)									
	着衣	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 (ひとりのできる 手助けすればできる できない) 洗顔 (ひとりのできる 手助けすればできる できない) 歯みがき (ひとりのできる 手助けすればできる できない) うがい (ひとりのできる 手助けすればできる できない)									
	言葉	めいりょう 不めいりょう その他 ( )									
	遊び	友だちと遊ぶ ひとりで遊ぶ 大人と遊ぶ			好きな遊び ( )						
保 健 の 状 況	うけた 予防接種	四種混合	ヒブ	肺炎球菌	結核 (BCG)	水痘	麻疹・風疹	B型肝炎	日本脳炎	その他 ( )	その他 ( )
		1 年 月	1 年 月	1 年 月	年 月	1 年 月	1 年 月	1 年 月	1 年 月	年 月	年 月
		2 年 月	2 年 月	2 年 月		2 年 月	2 年 月	2 年 月	2 年 月		
3 年 月		3 年 月	3 年 月	3 年 月		3 年 月	3 年 月	3 年 月			
4 年 月	4 年 月	4 年 月	4 年 月	4 年 月		4 年 月	4 年 月				
既往症	麻疹	百日咳	水痘	風疹	肺炎	流行性 耳下腺炎	手足口病	そ の 他			
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
病 癢 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 ( ) お守さん ( ) 保育所・幼稚園等 ( ) その他 ( ) ※保育所・幼稚園等に○をつけた方 保育所・幼稚園名 ( ) 所在地 ( )										
	家庭での呼名 ( ) 主として育てた人 ( ) 性質 ( )										
その他	お子さん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下さい。										

# 児童票Ⅱ (乳幼児健康診断票)

氏名		男女		年	月	日生
----	--	----	--	---	---	----

年 度		令和 年度		令和 年度		令和 年度		令和 年度	
診断月日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
事 項									
栄 養 状 態									
脊 柱									
胸 郭									
視 力	右								
	左								
色 覚									
聴 力	右								
	左								
眼の疾病及び異常									
耳鼻咽喉疾患									
皮膚疾患									
心臓の疾病及び異常									
その他の疾病及び異常									
尿 検 査									
ぎょう虫検査									
嘱託医所見									
嘱託医師印									
備考 (事後処置)									
予 防 接 種	日 本 脳 炎								
	インフルエンザ								
入所後にかかった病気									

※結核予防法第13条第3項の規定により、ツベルクリン反応検査を受けた者については、その結果及び予防接種の有無を「備考」の欄に記入する。

# 児童票Ⅱ (乳幼児健康診断票)

氏名		男女		年	月	日生
----	--	----	--	---	---	----

年 度		令和 年度		令和 年度		令和 年度		令和 年度	
診断月日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
事 項									
栄 養 状 態									
脊 柱									
胸 郭									
視 力	右								
	左								
色 覚									
聴 力	右								
	左								
眼の疾病及び異常									
耳鼻咽喉疾患									
皮膚疾患									
心臓の疾病及び異常									
その他の疾病及び異常									
尿 検 査									
ぎょう虫検査									
嘱託医所見									
嘱託医師印									
備考 (事後処置)									
予 防 接 種	日 本 脳 炎								
	インフルエンザ								
入所後にかかった病気									

※結核予防法第13条第3項の規定により、ツベルクリン反応検査を受けた者については、その結果及び予防接種の有無を「備考」の欄に記入する。





# 児童票 (歯科検診票)

氏名		男女	年 月 日生
----	--	----	--------

0歳	令和 年 月 日 歯数 ———— 本	令和 年 月 日 歯数 ———— 本	記号例	現在歯(例A) 要抜去乳歯	× <sup>う</sup> 齲歯	{ 処置歯 O 未処置歯 C
0歳	令和 年 月 日 歯数 ———— 本	令和 年 月 日 歯数 ———— 本				
1歳	上 右 E D C B A A B C D E 左 E D C B A A B C D E 下	上 右 E D C B A A B C D E 左 E D C B A A B C D E 下	1歳 年月日	上 右 E D C B A A B C D E 左 E D C B A A B C D E 下		
2歳	上 右 E D C B A A B C D E 左 E D C B A A B C D E 下	上 右 E D C B A A B C D E 左 E D C B A A B C D E 下	2歳 年月日	上 右 E D C B A A B C D E 左 E D C B A A B C D E 下		
3歳	上 右 E D C B A A B C D E 左 E D C B A A B C D E 下	上 右 E D C B A A B C D E 左 E D C B A A B C D E 下	3歳 年月日	上 右 E D C B A A B C D E 左 E D C B A A B C D E 下		
4歳	上 右 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 左 E D C B A A B C D E 下 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6	上 右 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 左 E D C B A A B C D E 下 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6	4歳 年月日	上 右 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 左 E D C B A A B C D E 下 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6		
5歳	上 右 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 左 E D C B A A B C D E 下 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6	上 右 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 左 E D C B A A B C D E 下 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6	5歳 年月日	上 右 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 左 E D C B A A B C D E 下 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6		

年 齢	0 歳				1 歳		2 歳		3 歳		4 歳		5 歳	
実施回数	1回目	2回目	3回目	4回目	1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目
う 歯	処 置													
	未 処 置													
口 腔 の 疾 病 及 び 異 常														
嘱託歯科医師印														

※永久歯，う歯の未処置歯は4分類の必要はない。













