

社会福祉法人 友愛福祉会 おおわだ保育園 児童情報記入用紙

*ふりがな	性別 男 ・ 女	備考欄	
*園児名	*呼び名		
*西暦	年 月 日	生まれ	
*〒	血液型	型	
*住所	門真市	町	
*自宅電話	-	-	
*緊急連絡先名			
*緊急連絡先電話	-	-	
*ふりがな			
*保護者名	携帯電話	-	-
*勤務先名			
*勤務先所在地	市		
*勤務先電話番号	-	-	
ふりがな			
保護者名	携帯電話	-	-
勤務先名			
*勤務先所在地	市		
勤務先電話番号	-	-	
*保護者に代わる連絡先	氏名	*続柄	
*連絡先住所	市	町	
*電話番号	-	-	携帯電記 - -
*かかりつけの医院名と医院電話			
*小児科	整形外科	歯科	
* - -	* - -	* - -	
*保険記号・番号			
保育園に対する希望			
☆保育園側 業務使用欄			
入園日	年 月 日	クラス名	受理日 年 月 日
*書類は目的以外には使用しません。 *印の欄は必須記入欄です。ペン又はボールペンでご記入下さい。			

社会福祉法人 友愛福祉会 おおわだ保育園 児童情報記入用紙

出産の状況	正常・早産（在胎期間 週）未熟（在胎期間 週）特記事項（帝王切開・鉗子分娩・その他）				
	第 子	父 歳	母 歳	出生時の体重 g	身長 cm
	哺乳 母乳・人工栄養・混合	主として養育した氏名 (続柄)			
乳児期の発育	首のすわり 月	発歯期 月	話し始め 月	歩き始め 月	
1歳半児健診	受診していない ・ 異常なし ・ 指導あり ()				
3歳半児健診	受診していない ・ 異常なし ・ 指導あり ()				
既往症 <small>複数回かかっている場合は最後の発病日をお書き下さい</small>	麻疹 歳 月	小児結核 歳 月	百日咳 歳 月	トラホーム 歳 月	
	手足口病 歳 月	ぜんそく 歳 月	ひきつけ 歳 月	リュウマチ 歳 月	
	風疹 歳 月	ジフテリア 歳 月	水痘 歳 月	心臓疾患 歳 月	
	耳下腺炎 歳 月	中耳炎 歳 月	川崎病 歳 月	その他 歳 月	
持病	ぜんそく 自家中毒 心臓病 てんかん アデノイド リュウマチ熱 その他 ()				
体質	鼻血が出やすい 脱臼しやすい(部分) ひきつけやすい(回・有熱・無熱) 鼻水が出やすい 風邪をひきやすい よく頭が痛くなる 長く立っていると気分が悪くなる 皮膚が弱い(アトピー・) 乗り物に酔う 胃腸が弱い(よく吐く・便秘・下痢) 喘息 気管が弱い その他 アレルギーを起こす (食品 薬品)				
平熱	. °C その他(身体的障害)				
予防接種	3種混合 <small>ジフテリア 破傷風 百日咳</small>	1 (年 月 日)	2 (年 月 日)	麻疹(三日麻疹) 年 月 日	
		3 (年 月 日)	追加(年 月 日)	ツベルクリン反応 年 月 日	
	ポリオ	年 月 日	年 月 日	BCG(ツ反陰性の場合) 年 月 日	
	耳下腺炎	年 月 日	水痘	年 月 日	麻疹 年 月 日
	インフルエンザ	年 月 日	年 月 日	その他 年 月 日	
家族構成	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校名	
同居人を含む	1		本人	H 年 月 日	おおわだ保育園
	2			S H 年 月 日	
	3			S H 年 月 日	
	4			S H 年 月 日	
	5			S H 年 月 日	
	6			S H 年 月 日	
	7			S H 年 月 日	
	8			S H 年 月 日	
健康・発育発達面について何かありましたらお書き下さい(偏食・発語・運動機能・夜尿等)					