

# 家庭票

(0・1歳児用)

家庭票は、0・1歳児用と2・3・4・5歳児用の2種類あります。表紙の実施年齢クラスを確認の上、該当の家庭票にご記入下さい。

年 月 日記入

ふりがな 児童氏名		緊急 連絡先		1TEL ( )	TEL
生年月日	年 月 日 (男・女)			2TEL ( )	
家族構成 (本人を除く)	氏名	続柄	生年月	職業(勤務先、その他)	
				緊急連絡の際の電話番号を、優先順に記入ください。 (例) 1TEL 090-1234-5678(母携帯) 2TEL 080-9876-5432(祖母携帯)	
家庭での 子どもの姿	食事	①授乳 1. 母乳 2. 人工 3. 混合 ミルク名( ) 乳首種類 ( ) 1回の哺乳量 ( cc) 1日の回数 ( 回) ②離乳食 主に食べさせているもの( ) ③食 事 1. 食べさせている 2. 自分で食べようとしている ( ア. スプーン イ. 手づかみ ) 好きなもの( ) 嫌いなもの( )			
	排泄	①便の回数 1日 回 ②便の状態 1. 軟らかい 2. 普通 3. 硬い ③おまるを使っていますか 1. はい ( か月頃より) 2. いいえ			
	睡眠	①寝つき 1. よい 2. わるい 3. 寝ぐずり ②昼寝 1. している ( 回) 2. していない ③寝つかせる方法 1. 抱く 2. おんぶ 3. 添い寝 4. 布団に入ってトントン 5. 一人で 6. その他( ) ④寝つかせる姿勢 1. あおむき 2. うつぶせ ⑤その他( )			
	好きな遊び・おもちゃ				
保育所への要望					
備考					

申請児童が何番目のお子様になるか記入してください。

# 家庭票

児童名 \_\_\_\_\_

出生歴	第 子	①妊娠中の異常 なし あり ( 妊娠高血圧症候群(HDP) 流早産傾向 その他( ) ) ②分娩時の異常 なし あり ( 帝王切開 仮死 呼吸障害 吸引 鉗子 その他( ) ) ③在胎週数 ( 週 ) ④出生時の身長 ( cm) 体重 ( g)									
	発育歴	首のすわり _____ か月	生歯 _____ か月	おすわり _____ か月	はいはい _____ か月	歩行 _____ か月	片言 _____ か月				
既往歴	① なし あり ( はしか 風しん 百日咳 水ぼうそう おたふくかぜ 肺炎 気管支炎 中耳炎 その他( ) ) ②ひきつけ 回 ( 熱あり 熱なし ) …治療 ( なし あり ) ③入院を要した病気、けが ( 歳 か月 病名等( ) )										
体質	①アレルギー なし あり ( アトピー性皮膚炎 喘息 じん麻疹 鼻炎 結膜炎 ) 原因 食品 ( ) 薬品 ( ) その他 ( ) ②その他 下痢しやすい 便秘しやすい よく熱を出す 湿疹がしやすい 中耳炎をおこしやすい 扁桃腺がはれやすい 脱臼しやすい(部位 )										
	上記以外の健康面で気になること										
予防接種 (接種した年月日を記入してください)	BCG	4種混合				MR		水痘 (みずぼうそう)		流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	
		ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ				麻しん・風しん					
		1回	2回	3回	追加	第1期	第2期	1回	2回	1回	2回
	ヒブ(インフルエンザ菌b型)				小児用肺炎球菌				日本脳炎 第1期		
	1回	2回	3回	追加	1回	2回	3回	追加	1回	2回	追加
	B型肝炎			ロタ			その他				
	1回	2回	3回	1回	2回	3回					
健康診査	健康診査	受診の有無		特記事項(健診時の注意)				受診機関名または市町村名			
				有 無		内 容					
	1か月健診	有	無	有	無						
	4か月健診	有	無	有	無						
	10か月健診	有	無	有	無						
	1歳6か月健診	有	無	有	無						
	(2歳健診)	有	無	有	無						
	3歳6か月健診	有	無	有	無						
5歳児健診	有	無	有	無							