



新宿こだま保育園病後児保育室  
病後児保育室児童票(ファミリーシート)

		登録日	年 月 日		
ふりがな 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)		
自宅住所	〒		電話番号		
			保育施設名		
保護者の 緊急 連絡先	ふりがな 保護者氏名	続柄 ( )		続柄 ( )	
	勤務先名				
	所在地				
	電話番号				
	携帯番号				
	通勤時間	自宅→保育園 :	自宅→保育園 :		
		保育園→職場 :	保育園→職場 :		
勤務先最寄駅					
緊急連絡先 ( )内に優先順位を記入		父勤務先 ( )	母勤務先 ( )	父携帯 ( )	母携帯 ( )
災害時 連絡先 (父母以外)	氏名 (ふりがな)				
	園児との関係				
	住所				
	電話番号				
	園までの時間				
かかりつけ 医療機関	施設名	住所			
	担当医	電話番号			
アレルギー	薬剤	なし ・ あり (薬剤名 : )			
	食物	なし ・ あり (アレルゲン : )			
	環境	なし ・ あり (アレルゲン : )			
予防接種	ヒブ	未 ・ 済 (1・2・3・4)	MR	未 ・ 済 (1・2)	
	肺炎球菌	未 ・ 済 (1・2・3・4)	日本脳炎	未 ・ 済 (1・2・3)	
	三種混合又は 四種混合	未 ・ 済 (1・2・3・4)	水痘	未 ・ 済 (1・2)	
			おたふく	未 ・ 済 (1・2)	
	ポリオ単独	生ワクチン	済 (1・2)	B型肝炎	未 ・ 済 (1・2・3)
		不活化	済 (1・2・3・4)	ロタウィルス	未 ・ 済 (1・2・3)
BCG	未 ・ 済	その他			

感染症歴	水ぼうそう	未・済（ 歳 ヶ月）	百日咳	未・済（ 歳 ヶ月）	
	おたふく	未・済（ 歳 ヶ月）	その他		
	突発性発疹	未・済（ 歳 ヶ月）			
保険証	記号		種類	社保・国保・共済	
乳幼児	番号		保険者番号		
医療証	負担者番号		受給者番号		
既往歴	熱性けいれん	なし・あり（初回 歳 ヶ月、これまでに 回）			
	アトピー性皮膚炎	なし・あり（治療内容： ）			
	喘息	なし・あり（治療内容： ）			
		病名	年齢	入院 有・無	その他
	1				
2					
3					
その他					
周産期の状況	妊娠中	・異常なし ・貧血 ・切迫早産 ・妊娠中毒症 ・その他（ ）			
	分娩経過	・経膈分娩 ・帝王切開 ・その他（ ） 妊娠期間： 妊娠 週 日			
	出生時	身長	体重		
発達	首がすわる	ヶ月	寝返り	ヶ月	
	おすわり	ヶ月	つかまり立ち	ヶ月	
	歩きはじめ	ヶ月	初語（意味のある言葉）	ヶ月	
生活習慣	おむつ	・している ・していない ・寝るときだけ			
	排尿	・一人でする ・教えない ・教える（伝え方： ）			
	排便	・一人でする ・教えない ・教える（伝え方： ）			
		・一日 回くらい ・便の状態（軟らかい・普通・硬い・便秘）			
	衣服着脱	・着替えさせる ・手伝うと自分でできる ・全て自分でできる			
	昼寝	・ 時間位 ・寝かせ方（一人寝・添い寝）			
	睡眠のくせ				
	好きな遊び				
	好きな玩具				
	食事量	・よく食べる ・普通 ・食が細い			
	食事方法	・一人で食べられる ・一人で食べるが介助が必要 ・食べさせる			
食事道具	・はし ・スプーンとフォーク ・手				
発達上気になる事はありますか					
その他配慮事項がありましたらご記入ください					