

# 利用児童票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな			男	血液型 (Rh+・-)	利用開始 年 月 日		
児童名			女		平成・令和 年 月 日生 ( 才 (ヶ月))		
保護者	氏名			緊急連絡先	氏名	続柄( )	
	現住所	〒			氏名	続柄( )	

## 家 族 (同居人含む)

※保護者に○をつける。

ふりがな 氏 名	性別	生年月日	年齢 (歳)	※本人との 続柄	職業	疾病・障がいなど(任意)
		昭和・平成・令和 年 月 日				
		昭和・平成・令和 年 月 日				
		昭和・平成・令和 年 月 日				
		昭和・平成・令和 年 月 日				
		昭和・平成・令和 年 月 日				

## 妊婦・出産・乳幼児期・健康予診票

◎母子健康手帳を参考にご記入下さい。

出生(母 才、結婚後 年目、第 子) 妊娠中の病気・異常・事故( )			
出産(安産・難産・帝王切開・仮死・早産 ヵ月・在胎週数 週・体重 g・アプガースコア 点)			
授乳(母乳・人工・混合) 離乳開始( ヵ月) 離乳完了( ヵ月) 首のすわり( ヵ月)			
寝返り( 才 月) おすわり( 才 月) ハイハイ( 才 月) つかまり立ち( 才 月)			
歩きはじめ( 才 月) 人見知り( 才 月) 片ことのはじめ( 才 月)			
身体障がい者手帳	無・有	級	療育手帳 無・有( A・B1・B2・その他 )
診断・障がい名			服用中の薬 無・有( 1日 回/朝 昼 晩 )
機関・担当者			アトピー 無・有( )
ひきつけ	無・有		アレルギー体質 無・有( )
心臓疾患	無・有		食物によるアレルギー 無・有( ) 卵・牛乳・大豆・小麦 その他( )
その他の疾患	(病名・時期・処置・既往歴含む) 無・有		
今までの主な病気			喘息 無・有
平熱	℃		脱臼 無・有
健康上・発育上 気になること	無・有 ( )		
乳幼児健診で指摘されたことなど			

