

児童票

令和 8 年 4 月 1 日現在

児童	氏名	(ふりがな)	生年月日	令和 年 月 日
	住所		TEL(自宅)	
保護者	氏名	(ふりがな)	生活保護の有無	有 ・ 無

家族構成(本人以外)	氏名	続柄	年齢	勤務先	勤務先 TEL	携帯電話

緊急連絡先	※お子様が発熱をした、怪我をしてしまったなど、保護者様へ連絡が必要となった場合、保育園よりお電話をかけさせていただきます。職場・携帯電話など、勤務中でも必ず連絡が取れる連絡先を記入して下さい。 ※父携帯・父職場・母携帯・母職場等、最大4つの連絡先があるかと思っておりますので、第4まで記入させていただいておりますが、数のご家庭によって違いますので、可能な数のご記入をお願いいたします。(少なくとも第2まではご記入頂きたいです。) ※職場への連絡を控えた方がよい場合は、下記の備考欄へご記入下さい。 ※お仕事中などご両親共に、どうしても連絡を取ることが難しい場合がありましたら、祖父母など、ご協力していただける方の連絡先のご記入をお願いします。その場合、<u>お子様のお迎えが可能な方</u>をお願いします。また、ご協力いただく方へ、園から連絡が来ることがあるということ、お子様のお迎えをお願いすることを必ずお伝え下さい。		
	優先順位	電話番号	電話番号先(記入例：母携帯 父職場)
	第1		
	第2		
	第3		
	第4		
	備考		

保護者の勤務時間 及び 送迎状況	平日の勤務状況				土曜日の勤務状況							
	父	時	分	～	時	分	父	時	分	～	時	分
	母	時	分	～	時	分	母	時	分	～	時	分
	登園	が	時	分頃			登園	が	時	分頃		
	お迎え	が	時	分頃			お迎え	が	時	分頃		

予防接種	☆予防接種は済みましたか？							
	肺炎球菌（未・乳児期：1回・2回・3回 追加：未・1回・2回） BCG（未・済）							
	ヒブ（未・乳児期：1回・2回・3回 追加：未・1回）							
	四種混合（未・1回・2回・3回 追加：未・済） B型肝炎（未・1回・2回・3回）							
	五種混合（未・1回・2回・3回 追加：未・済） 日本脳炎（未・1回・2回 追加：未・済）							
	水痘（未・1回・2回） M R I期（未・済）							
☆今までにかかった病気（該当するものの番号を○で囲み、何歳にかかったか記入して下さい。）								
1	水痘(水ぼうそう)		2	麻疹(はしか)		3	風疹(3日はしか)	
4	流行性耳下腺炎(おたふく)		5	川崎病		6	心疾患	
7	腎疾患		8	肝疾患		9	その他（ ）	

☆障がいの有無（該当するものを○で囲み、必要な個所を記入してください。）		
療育手帳	有 ・ 無	診断名（ ） 程度（ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ）
身体障害者手帳	有 ・ 無	診断名（ ） 等級（ 級）
特別児童扶養手当	有 ・ 無	診断名（ ） 等級（ 級）
施設への通園	有 ・ 無	施設名（ ） 週 回（ 曜日） / 月 回（ 第 曜日）