

年 末 保 育 児 童 票

墨田区

(1 歳・2 歳児)

ふりがな 児 童 名		男 女 年 月 日 生		お子さんの 呼び名		
				主な保育者		
ふりがな 保護者名						
住 所		電 話				
家 族 状 況	父	氏 名	勤 務 先 (所在地・名称等)			職 種
		ふりがな 年 月 日 生	電話 (内線) (携帯電話)			
	母	ふりがな 年 月 日 生	電話 (内線) (携帯電話)			
	同 居 人	氏 名	続柄	健 康 保 険 種 類		
				1 国民健康保険 2 社会保険 3 共済組合 4 その他		
				記号 番号		
			被保険者名			
			保険者番号 ※マイナンバーなどの個人情報は記入しないでください			
かかりつけ医院 ・ 病院 電話						
備 考 欄						

※ なお、この児童票は年末保育のみで使用し、その後は廃棄します。

健康記録

予 防 接 種	B	C	G	年 月 日			かかったことのある感 染 症			
	小児麻疹(ポリオ) (生・不活化) ○をする	1 回 目		年 月 日			水 痘		年 月	
		2 回 目		年 月 日			流行性耳下腺炎		年 月	
		3 回 目		年 月 日			風 疹		年 月	
		追 加		年 月 日			麻 疹		年 月	
	四種混合 (DPT-IPV) 三種混合(DPT) どちらかに○をする	I 期	1 回	年 月 日			突 発 性 発 疹		年 月	
			2 回	年 月 日			健 診 結 果	1ヶ月健診	異 常 なし・あり()	
			3 回	年 月 日				3～4ヶ月健診	異 常 なし・あり()	
			追 加	年 月 日				1歳6ヶ月健診	異 常 なし・あり()	
	二種混合(MR) 麻疹(M) 風疹(R) どれかに○をする	1 回 目		年 月 日				3 歳 健 診	異 常 なし・あり()	
		2 回 目		年 月 日						
	水 痘	年 月 日			備 考					
	破 傷 風	年 月 日								
	流行性耳下腺炎	年 月 日								
	日 本 脳 炎	I 期	1 回	年 月 日						
2 回			年 月 日							
追 加			年 月 日							
	年 月 日									
	年 月 日									
	年 月 日									

今までの生活状況（1・2 歳児）

哺乳	種類	母乳・人口・牛乳・混合
	断乳	(か月)
	離乳食の状況開始	(か月)
	離乳食の完了	(か月)
食	使うもの	スプーン・フォーク (か月)
	方 法	食べさせてもらう 手づかみで食べる 自分で食べる (歳 か月から)
	食 欲	あり・なし
	好きなもの	()
	嫌いなもの	()
	おやつ1日	(回)
	どんなもの	()
	食 べ 方	かんで食べる・かまわずに飲み込む 口の中にためやすい
	気になることがありますか	アレルギー・その他()