

年 末 保 育 児 童 票

墨田区

(0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)		
		氏 名	続柄	健 康 保 険 種 類	
	同 居 人			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記入はしないでください					
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 種 接	B C G		年 月 日		かかったことのある感染症		
	小児麻痺(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)	1 回 目	年 月 日		健 診 結 果	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

0歳児		
授 乳	離乳食	前期食 中期食 後期食
	乳の種類	母乳のみ (か月～ か月) 混 合 (か月～ か月)
		人工のみ (か月～ か月) ミルク名 ()
	量	一日の回数 (回) 一回の分量 (cc)
		一回の授乳時間 (分)
	時間	規則的 (時間) ・ 不規則
		熱め ・ 普通 ・ ぬるめ
	乳首	穴の大きさ S ・ M ・ L
		カットの仕方 X ・ Y ・ その他()
		メーカー ()
乳	授乳方法	抱いて・寝かせて・一人で持たせて
		吐くことがありますか よくある ・ 時々 ・ ほとんどない
		どんな時吐きますか ()
		げっぷはでますか でる ・ でない
		牛乳に切替えてい いない ・ いる (か月から)
	与え方 哺乳ビン ・ コップ ・ その他	