

一時保育児童票

平成 年 月 日 現在

* 児童票は、お子様を保育するうえで参考資料となりますので、ありのままをご記入下さい。
 * 該当する全ての番号に○印または必要事項をご記入の上、一時保育申込書とともにご提出下さい。

社会福祉法人 愛里巣福祉会
 幼保連携型認定こども園 金沢泉丘こども園

ふりがな 児童名	愛称 ()	性別 男・女	平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)	血液型	型	平熱	℃
保護者名	住所		送る人				
緊急連絡 先	①	自宅電話番号	迎える人				
	②						
授乳(母乳・人口・混合)	離乳開始(ヶ月)	オムツを止めたとき(歳 ヶ月)					
アレルギー ()	はしか(歳)	風疹(歳)	水痘(歳)	おたふく風邪(歳)	脱臼(歳)		
アナフィラキシーショックの既往(有・無)		既往歴(心疾患・喘息・てんかん・その他)		熱性けいれん(回)最終年月日(平成 年 月)			
食事	排泄	着脱	遊び	言語			
1.箸、スプーンで食べる5.食べ物以外 2.手づかみで食べる。 を食べる。 3.食べさせてもらう。 6.コップで飲める。 4.食べながら動き回る。7.哺乳瓶で飲む。	1.自分で出来る。 2.自分で出来ないが 知らせる。 3.介助が必要である。 4.オムツ使用。	1.一人で出来る。 2.簡単なものは出来る。 3.介助が必要である。	1.友だちと遊ぶ。 2.一人で遊ぶ。 3.大人と遊ぶ。 4.落ち着きがなく、 絶えず動き回る。	1.会話ができる。 2.二語文を話す。 3.単語(語位) 4.片言・身振り	5.話せないが 理解する。 6.話せない、 理解出来ない。 7.なんご		
出生状況	発達状況		現在の状況		その他		
1.分娩 正常 異常(早産 週) 鉗子・仮死・逆子 多児	1.首のすわり ヶ月	2.あやすと笑う ヶ月	1.発達の心配はない。 2.心配がある。 ①ことば ②視覚 ③聴覚 ④身体(上肢・下肢) ⑤よくわからないが気になる。				
2.出生時体重 g	3.おすわり ヶ月	4.人見知り ヶ月	3.療育手帳所有 級 4.身体障害者手帳所有 級				
3.新生児期 黄疸(光線療法・交換輸血) 体重増加不良 哺乳力弱 泣き声弱	5.這う ヶ月	6.つたえ歩き 歳 ヶ月					
	7.一人歩き 歳 ヶ月	8.指指し ヶ月					
	9.片言 ヶ月						