

児童票

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 生まれ
お子様名			愛称	
住所	〒 TEL () -			
保護者氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務先
		T.S.H . .		
かかりつけ病院・医院		保険証番号		
緊急 連絡先1	氏名 続柄() TEL:			
緊急 連絡先2	氏名 続柄() TEL:			

【生活状況について】

・睡眠状況について	・お昼寝 : する・しない 時頃 ~ 時間くらい ・入眠時に必要なもの:または癖 :
・食習慣について	・ミルク : 母乳・人工・混合 (メーカー名) : 授乳回数 1日 回(時間おき) ・ 1回 cc ・食事 : 離乳食 (現段階の食事内容 初期・中期・後期・おとなと同じ) ・食事方法 : 一人で食べることができる・練習中・食べさせる ・食事道具 : はし・スプーンとフォーク・手 ・食事中に配慮して欲しいこと ()
・排泄について	・オムツ(紙オムツ・布オムツ) ・トレーニング中 ・トレーニング終了だが介助が必要(今の状態) ・一人で全て出来る ・排尿サイン 無・有()
・アレルギーについて	・食物 無・有 () ・薬 無・有 () ・環境 無・有 (ダニ・ハウスダスト・動物・その他)
・好きな遊び、好きなおもちゃ	
・保育上注意して欲しいこと	