

# 児 童 票

ふりがな		性別
氏名		
生年月日	平成 年 月 日生	

年		園長印		主任印		担任印	
入所年月日	年 月 日	退所年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

現住所		電話	
		電話	年 月 転居

ふりがな		保護者との続柄	(例 長女)	本籍	都道府県
保護者					

家族及び同居者	続柄	氏名	生年月日	職 業	勤 務 先 名	勤務先電話番号 本人携帯番号
	ふりがな					
	父					
	ふりがな					
	母					

入所理由	<input type="checkbox"/> 勤 勞 <input type="checkbox"/> 妊 娠・出 産 <input type="checkbox"/> 保 護 者 の 疾 病・障 害 <input type="checkbox"/> 介 護・看 護 <input type="checkbox"/> 災 害 復 旧 <input type="checkbox"/> 求 職 活 動 <input type="checkbox"/> 就 学 <input type="checkbox"/> 虐 待・D V <input type="checkbox"/> 育 児 休 業 <input type="checkbox"/> そ の 他
------	--

緊急連絡先	保険証番号	種 類	血液型	平熱	かかりつけの医者・医師名 (小児科)	電話番号
	記号	番号		型℃		
	保護者にかわる連絡先 <small>※保護者（父母等）の携帯等でなく、災害等の緊急時に保護者と連絡がつかない場合でも、園児の引き渡し可能な祖父母・親類等を記入してください。</small>					(耳鼻科)
	氏名		園児との続柄 (祖母・叔父等)		(外科)	
電話番号				(その他)		

予防接種状況 <small>受けている回数を 選択(または○印) で記入ください。</small>	ロタウイルス ( 0, 1, 2, 3 回)、 PCV7 (小児用肺炎球菌 0, 1, 2, 3, 4 回)、 BCG ( 0, 1 回)、 DTP-IPV (三種混合+不活化ポリオ 0, 1, 2, 3, 4 回)、 Hib (ヒブ 0, 1, 2, 3, 4 回)、 MR ( 0, 1, 2 回)、 水痘 ( 0, 1, 2 回)、 流行性耳下腺炎 ( 0, 1, 2 回)、 B型肝炎 ( 0, 1, 2 回)、 日本脳炎 ( 0, 1, 2, 3 回)
--	--

※太枠内を記入してください