

児 童 票

ふりがな		性別
氏名		
生年月日	平成・令和 年 月 日生	

年 度		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				

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）の携帯でなく、災害など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	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, 3 回)、日本脳炎 (0, 1, 2, 3 回)
受けている回数を 選択(または○印) で記入ください。	

※太枠内を記入してください