

保育所(園)名

保 育 台 帳

面接日	年 月 日 :
入所日	年 月 日

この保育台帳は、保育所で卒園まで使用するの、詳細に記入して下さい。

ふりがな					性 別	生 年 月 日	
入所児名					男 ・ 女	年 月 日	
住 所	〒 ー 筑紫野市						
家 族 の 状 況							
続柄	氏 名	生年月日	事 業 所 名	勤務先の 電話番号	健 康 状 態	備 考	
父							
母							
緊急時の 連絡先 (①から順番に ご連絡します)		① ☐ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 他() ☐ 父 ☐ 母 TEL			② ☐ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 他() ☐ 父 ☐ 母 TEL		
		③ ☐ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 他() ☐ 父 ☐ 母 TEL			④ ☐ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 他() ☐ 父 ☐ 母 TEL		
		⑤ ☐ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 他() ☐ 父 ☐ 母 TEL			⑥ ☐ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 他() ☐ 父 ☐ 母 TEL		
健康保険証		☐ 保険の種類 ☐ 国民健康保険 ☐ 社会保険 ☐ その他() ☐ 記号番号 () () ☐ 保険者番号 () ☐ 子ども医療証・ひとり親家庭等医療証・障害者医療証 受給者番号 () ※マイナ保険証は、マイナポータルアプリからログインして記号番号等を確認ください。					
希望保育時間		平日 : 時 分から 時 分まで 土曜 : 時 分から 時 分まで					
主に送迎する人 (保護者)		(続柄) (氏名) (連絡先) 朝(送り) () () () 夕(迎え) () () ()					

※保育所での面接時は、母子手帳を持参して下さい。

受付番号

保育所名

面接保育士

【児童健康調査票】

生活時間	起床	時 分頃	午睡	時頃～	時	就 寝	時 分頃
食 事	乳 児	・母乳 1日()回()時間おき ・ミルク 1日()回()時間おき ・離乳食					
	幼 児	・離乳食 ・大人と同じ					
	食物アレルギー(無・有) ※食物以外のアレルギー(無・有)						・アナフィラキシー (無・有)
健 康	かかりやすい病気(体質)(無・有)(病名) かかりつけの病院名()						
	出生時の体重()g			平熱(度 分)			
	【既往症について】 ・入院(無・有()歳) (病名) (病院名) ・手術(無・有()歳) (病名) (病院名) ・ひきつけ(無・有()歳) ・その時に熱はありましたか(有・無) ・水ぼうそう(無・有()歳) ・おたふくかぜ(無・有()歳) ・はしか(無・有()歳) ・風疹(無・有()歳) ・その他の病気(無・有()歳) (病名) (病院名)						
	【予防接種】※接種済の場合○をつけてください ・ヒブワクチン()回 ・小児用肺炎球菌ワクチン()回 ・B型肝炎()回 ・四種混合・五種混合 1期(1・2・3・追加) ・BCG ・麻しん風しん(MR) 1期・2期 ・水痘()回 ・ロタワクチン(ロタリックス・ロタテック)()回 ・日本脳炎 1期(1・2・追加) ・その他()						
	【乳幼児健診について】※健診済の場合○をつけてください ・4か月児健診 ・10か月児健診 ・1歳6か月児健診(内科・歯科) ・3歳児健診 ・健診時のアドバイスや指導の(無・有) ※有の場合…アドバイスもしくは指導の内容を詳しく記入ください () ※児童の発育に不安がある場合や保育上のサポートを希望する場合は、 別途「心身状況書」をご提出ください						
家庭のしつけ	普段家庭で行っていること						
子どもの呼び名 性 格							
生 活 習 慣	※○をつけてください 食事 自分でできる・介助があればできる・できない 着脱衣 自分でできる・簡単な着脱はできる・できない 排尿便 自分でできる・促すとおおよそできる・できるときもある・できない(オムツ)						
保育に対する 希望や注意点	□なし □あり(詳細な内容を記入ください)						