

いわで・きのかわファミリー・サポート・センター「そらまめサポート」
児 童 票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな			会員番号	I R	
会員氏名					
ふりがな			生年月日	記入時年齢	性別
児童氏名			平成 令和 年 月 日	才 ヶ月	男 ・ 女
☐ にレ点	☐ 障害者手帳 級 (肢 ・ 視 ・ 聴 ・ 内部)		☐ 療育手帳 級		
学校・ 保育園等	名 称		か か り つ け 医	名 称	
	クラス(組)名:			住所	
	担任名:			TEL	
普 段 の 様 子	お子さんはなんと呼ばれていますか? 愛称()				
	●平熱 °C				
	●排泄	☐ 一人でできる ☐ ついていてやればできる ☐ できない(おむつ)			
	●午睡	☐ しない ☐ する (時頃～ 時頃)			
	●食事	☐ アレルギーがある ()			
		☐ 食べさせたくないもの ()			
	●動物	☐ アレルギーがある ()			
		☐ 動物のいるスタッフ宅でのサポート 可 ・ 不可			
	●常時内服薬及び内服時間 (喘息、アトピー、痙攣止など)()				
	●最近受けた健診 (4ヵ月 ・ 7ヵ月 ・ 10ヵ月 ・ 1才8ヵ月 ・ 2才6ヵ月 ・ 3才6ヵ月)				
●乳幼児健診で異常があると言われたことはありますか? 有 ・ 無 ()					
●お子さんの発育状況で気になる事はありませんか? 有 ・ 無 ()					
●市や民間が実施している発達相談を受けたことはありますか? 有 ・ 無 ()					
※熱性痙攣の経験がありますか? ない					
初回 才 ヶ月		最後 才 ヶ月		これまでに 回	
予 防 接 種	BCG	年 月	日本脳炎(最終接種)	年 月	
	三種混合(最終接種)	年 月	ヒブ(最終接種)	年 月	
	四種混合(最終接種)	年 月	肺炎球菌(最終接種)	年 月	
	ポリオ(最終接種)	年 月			
	MR(麻しん(はしか)・風しん)	年 月			
感 染 症 歴	麻疹	才 ヶ月	おたふくかぜ	才 ヶ月	大きな病気やけが ない ある()
	みずぼうそう	才 ヶ月	その他	才 ヶ月	
	B型肝炎	才 ヶ月 (キャリアーでは ない ・ ある)			
その他、要望など					