

つくしんぼシート

施設長宛て

登録日： 年 月 日

家 庭 の 状 況

ふりがな				生 年 月 日	年 月 日
児 童 氏 名		男・女		保 険 証 番 号	
現 住 所		〒 ー		子ども医療費受給資格証	
電 話 番 号		自宅：		公費負担番号	
				受給者番号	
家族及び同居している人（本人を除く）	氏 名		続 柄	生 年 月 日	備考(勤務先及び学校名)
	ふりがな				
	ふりがな				
	ふりがな				
	ふりがな				
	ふりがな				
緊急連絡先（優先順）	氏 名		続 柄	連 絡 先	電 話 番 号
	1				携帯電話
	2				携帯電話
	3				携帯電話
かかりつけの病院	病 院 名		電 話 番 号		
	小児科				
特記事項				血 液 型	A・B・AB・O RH(+)・RH(-)
				平 熱	℃

<個人情報の取り扱いについて>

- 1) 利用申込手続きや緊急連絡、健康管理、病後児保育サービスの運営・管理等の為、園児および保護者の氏名・年齢・住所・連絡先等、個人を認識できる情報や、園児の出生後の発達の状態(母子手帳等)に関する情報を取得します
- 2) 当園は、法令で定める場合（所轄官庁への運営状況の報告、警察の捜査協力、園児の生命や身体にかかわる緊急・重大な場合など）を除き、上記1で取得した情報を利用目的の範囲を超えて、第三者への提供や預託は致しません。
- 3) ご提供いただいた個人情報につきましては、当園にて安全に管理致します。

年 月 日

保護者名

印

1. 成長発達について

(1) 発達過程

※0・1歳児のみ発達の程度に○を記入してください

発達の程度	出来るもの
お座りが安定している	
つかまり立ち	
伝い歩き	
1人で歩く	

(2) 成長・発達での気がかり

※健診などで指摘され、経過観察している事等

①-2

2. 食事について

食材チェック表(別紙)を記入し、面接の際にご提出ください。

(1) 授乳について

現状に○	1日の回数と量	授乳・食事に関する困りごと
母乳のみ	回 / 1日	
ミルクのみ	回 / 1日・1回()ml	
母乳・ミルク混合	ミルク: 回 / 1日・1回()ml	
卒乳・断乳中		

(2) 食形態や嗜好について

※こどもの年齢に合わせて、必要な部分にお答えください

- ① 離乳食: 初期 / 中期 / 後期 / 完了期 ② 形状: パースト / 刻み / 荒刻み
 ③ 好きな食べ物/苦手な食べ物
 ()
 ④ 食べ方: 食べさせている / 手づかみ / スプーン・フォーク / はし

3. 睡眠について

※0・1歳児は午前睡があれば時間の記入を / 睡眠の困りごとあれば記入

	時間	寝る時の癖や姿勢 など	睡眠の困りごと
睡眠時間	時間		
午睡	時 ~ 時		
0・1歳児 午前睡	時~ (分くらい)		

4. 排泄について

※○をつけてください

(1) 方法について: オムツ / トレーニングパンツ / 日中はパンツ / トイレトレーニング中

(2) 伝え方: 出る前に教える / 出してから教える / 親が促す

※回数などの記入と○をつけてください

(3) 排泄回数について	回数	排泄に関する困りごと
排尿(おむつ替え回数等)	回 / 1日	
排便	回 / 1日 毎日 / 日に 回	

5. あそびについて

好きな遊び/キャラクター等

職員MEMO欄

予防接種・感染一覧表

児童名（ ）

○生ワクチン

●不活化ワクチン

予防接種名		接種目安	○をつけて ください↓		罹患した感染症	感染 年月日	感染 年月日	感染 年月日
定期	○ ロタウィルス (1価2回、5価3回)		2か月	1回	突発性発疹			
			3か月	2回	伝染性軟属腫(水いぼ)			
			4か月	3回	咽頭結膜熱(プール熱)			
	○ BCG		5-7か月	1回	伝染性膿痂疹(とびひ)			
	● B型肝炎		2か月	1回	溶連菌感染症			
			3か月	2回	手足口病			
			7-8か月	3回	伝染性紅斑(りんご病)			
	● Hib(ヒブ)		2か月	1回				
			3か月	2回				
			4か月	3回				
			1-1歳半	4回				
	● 肺炎球菌		2か月	1回	感染性胃腸炎(ノ・ロ・アデノ)			
			3か月	2回	インフルエンザ			
			4か月	3回	流行性角結膜炎(はやり目)			
			1-1歳3か月	4回	RSウイルス感染症			
	● 4種混合 (ジフテリア 百日咳、破傷風 ポリオ)	第1期初回	3か月	1回	新型コロナウイルス	※備考 : 予防接種の項目のうちかかったものがあれば備考へ記入		
		4か月	2回					
	第1期追加	5か月-1歳	3回					
		1-2歳	4回					
○ MR (麻疹・風疹)	第一期	1-2歳	1回					
	第二期	5歳-就学前	2回					
○ 水痘		1-1歳3か月	1回					
		1歳半-2歳	2回					
● 日本脳炎	第1期初回	3-4歳間に2回	1回					
			2回					
	第1期追加	4-5歳	3回					
※9-12歳 第2期			4回					
任意	○ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		1-1歳半	1回				
			5歳-就学前	2回				
	□ 新型コロナウイルス		回接種					
○ インフルエンザ		回接種						

生育歴			
出生時	○胎在期間：妊娠第	週	○分娩方法： 正常 / 鉗子 / 吸引 / 帝王切開
	○体重：	g	○身長： cm
	○頭囲：	cm	○胸囲： cm

医療歴	
既往歴	○心臓： 川崎病 / その他疾患名： 症状：
	○外科： 骨折(部位：)/ 脱臼(部位：)/ ヘルニア(部位：) その他：
	○内分泌： 糖尿病()/ その他疾患名： 症状：
	○脳神経： ひきつけ / けいれん： なし ・ あり てんかん： なし ・ あり
	○回数： 回 / 最終痙攣： 歳 カ月 ○症状： ○内服： なし ・ あり
	○アレルギー性疾患： なし ・ あり ※アリの場合は、疾患名に○をつけて下さい。 ● 喘息： ● アトピー性皮膚炎： ● 食物アレルギー： その他アレルギー： () ● その他アレルギー疾患： アレルギー性鼻炎 ・ 結膜炎 ・ 花粉症 ・ その他 ()

職員記入欄	
-------	--