

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		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				
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

(2)成長・発達での気がかり

(1)発達過程

※健診などで指摘され、経過観察している事等

※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. 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 / 睡眠の困りごとがあれば記入

	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・タ・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	※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					
5か月-1歳	3回						
第1期追加	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				
	第1期追加	4-5歳	2回				
			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 ○体重： g ○身長： cm ○頭囲： cm ○胸囲： cm ○分娩方法： 正常 / 鉗子 / 吸引 / 帝王切開 ○保育器使用： あり / なし

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	
職員記入欄	