

園児票

うみの森ほいくえん

入園日 _____ 年 月 日

園児名 _____

※**太枠内**をご家庭にてご記入ください。

※個人情報保護法にもとづいて、記入いただいた個人情報は適正に取り扱いたします。

※園児票はお子様退園後5年間保育園で保管いたします。

園児票

年 月 日 記入

ふりがな						
児童名						
愛称		性別	男 ・ 女			
生年月日	令和 年 月 日生		血液型	型 RH(+・-)		
保護者名	(続柄:)		健康保険	種類(社保・国保・共済・その他)		
住所	〒			記号 _____ 番号 _____ 保険者名()		
電話番号			FAX			
第一緊急連絡先	氏名 (続柄:) TEL					
第二緊急連絡先	氏名 (続柄:) TEL					
家族の状況	父	フリガナ		勤務先名		
		氏名	(年 月 日生 才)	勤務先住所		
				勤務先電話		
				携帯電話		
	母	フリガナ		勤務先名		
		氏名	(年 月 日生 才)	勤務先住所		
				勤務先電話		
				携帯電話		
	続柄	氏名(フリガナ)	生年月日(年齢)	健康状態	職業	勤務先
			年 月 日(才)			
			年 月 日(才)			
			年 月 日(才)			
			年 月 日(才)			
			年 月 日(才)			
		年 月 日(才)				
送迎	通常時送迎者	送り		迎え		
	代理送迎者	送り		迎え		
	通園方法	徒歩・バス・電車・車・その他()		通園所要時間	時間 分	
かかりつけ医院	病院名		診療科目		電話番号	

生育暦

生育暦						
出生暦	妊娠中の病気	有・無	切迫流産	第 週 ・ 日間入院		
			妊娠中毒症	蛋白尿 ・ 高血圧 ・ 浮腫		
			妊娠貧血	第 週 (Hb g/dl)	内服薬 ・ 注射	
			妊娠悪阻	強い ・ 普通 ・ 軽い		
			その他	()		
	分娩状況	在胎期間		週(カ月)		
		分娩所要時間		時間 分 : 安産 ・ 難産		
		出血量		少量 ・ 中量 ・ 多量 (ml)		
		異常の有無		なし・早産(週)・遅産(週)・陣痛微弱・早期破水・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開・骨盤位・その他()		
	児の状態	生下時状態		正常 ・ 仮死	出産した院名	
身長		cm	体重 g			
頭囲		cm	胸囲 cm			
の乳児期状況	異常なし ・ 頭出血・哺乳力微弱・チアノーゼ・痙攣・高熱・股関節開排制限 啼泣力微弱 ・ 吐乳 ・ 黄疸(無し・普通・強)・光線療法(生後 日より 時間)					
栄養方法	母乳()ヶ月まで	授乳回数/量 : ()時間毎・()cc・1日()回位				
	混合()ヶ月まで	吐乳の有無 : (よくある ・ とときどきある ・ ない)				
	人工()ヶ月まで	離乳始め()ヶ月	断乳()ヶ月			
発育状況	笑う()ヶ月	首がすわる()ヶ月	寝返り()ヶ月	玩具を握る()ヶ月		
	人見知り()ヶ月	お座り()ヶ月	はいはい()ヶ月	つかまり立ち()ヶ月		
	ひとり立ち()ヶ月	歩行()ヶ月	始語()ヶ月	生歯()ヶ月		
発育暦	食事	好きなもの()		嫌いなもの()		
		量 (多い ・ 普通 ・ 少ない)		かかる時間 ()分程度		
		方法(手づかみ ・ 箸 ・ スプーン)				
	排泄	大便(ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)			オムツ使用の場合 (紙おむつ・布オムツ)	
		小便(ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)				
	夜尿 (する ・ とときどきする ・ しない)		添寝 (する ・ しない)			
	睡眠	就寝()時	起床()時	昼寝(する [: ~ :] ・ しない)		
		寝つき(良い ・ 悪い)		目覚め(良い ・ 悪い)		
	着脱	ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない				
	清潔	手洗い (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)				
洗顔 (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)						
歯みがき (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)						
うがい (ひとりのできる ・ 手助けをすればできる ・ できない)						

園児票

発育暦	言葉	明瞭 ・ 不明瞭 ・ その他	
	遊び	友達と遊ぶ ・ 一人で遊ぶ ・ 大人と遊ぶ	好きな遊び()
	既往症	麻疹(歳) 風疹(歳) 水痘(歳) 中耳炎(歳) 百日咳(歳) 肺炎(歳) 脱臼(歳) 流行性耳下腺炎(歳) _____ (歳) _____ (歳)	
	病癖及び体質	ひきつけ ・ 鼻血 ・ 喘息 ・ 心臓疾患 ・ 便秘 ・ 下痢症 ・ ヘルニア ・ 風邪を引きやすい ・ 脱臼 (部位:) アレルギー疾患()	
		その他注意を要する事項	
	保育暦	家庭での保育 ・ ベビーシッター ・ 保育所 ・ その他()	
その他	お子様のことで不安なことや、保育所に希望することがあれば記入してください。		

予防接種

定期予防接種	Hib (インフルエンザ菌 B型)	(1) 年 月 日	肺炎球菌 (13価結合型)	(1) 年 月 日	
		(2) 年 月 日		(2) 年 月 日	
		(3) 年 月 日		(3) 年 月 日	
		(4) 年 月 日		(4) 年 月 日	
	B型肝炎	(1) 年 月 日	DPT-IPV I期	(1) 年 月 日	
		(2) 年 月 日		(2) 年 月 日	
		(3) 年 月 日		(3) 年 月 日	
	BCG	(1) 年 月 日	麻疹・風疹 混合(MR)	(4) 年 月 日	
		陰性・陽性 年 月 日		(1) 年 月 日	
	日本脳炎	(1) 年 月 日	水痘	(2) 年 月 日	
		(2) 年 月 日		(1) 年 月 日	
		(3) 年 月 日	水痘	(2) 年 月 日	
		(4) 年 月 日		(1) 年 月 日	
	その他必要に応じて	注射名	接種日	注射名	接種日
			年 月 日		年 月 日
			年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	

食物アレルギー調書

名前 _____ 男・女 _____ 生年月日：平成・令和 年 月 日生（才）

お子さんに、食物アレルギーがありますか。（はい・いいえ）

※「はい」の場合は、下記の質問事項にお答え下さい。

《ご注意》

給食委託業者では、アレルギーの原因となる食材料を取り除いた除去食を可能な範囲で行っています。

一部はアレルギー対応していないことがありますので、保育園へお問い合わせください。

- ① 原因となるものは何ですか。
- ② どのような症状がありますか。（制限食品を食べた時の症状）
例）ぜんそく・かゆみ・湿疹・じんましん・アナフィラキシー・チアノーゼ・特になし等
- ③ 食事の制限をしていますか。（はい・いいえ）
いつから行っていますか。（ 歳 か月）
- ④ 現在の食事（食物）の制限は、医師の診断と指示ですか。（はい・いいえ）
※「はい」の場合

診断名	
除去食品	
薬	
病院名	
主治医名	
通院状況	

※「いいえ」の場合は、どなたの判断ですか。

- ・保護者
- ・その他（ ）

- ⑤ ご家族に、食物アレルギーの方はいますか。（はい・いいえ）
※それはどなたですか。
（ 父・母・祖父・祖母・兄・姉・弟・妹・その他 ）

※原因となる食品は何ですか。

園児の健康状況調査

名前	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 (才)
----	-----	------	----------------

①定期健診を受けていますか。	はい	いいえ
②検診で指摘を受けたことがありますか。	はい	いいえ
②で【はい】の場合、指導事項を詳しくご記入ください。		
③視力が気になって受診したことがありますか。	はい	いいえ
④聴力が気になって受診したことがありますか。	はい	いいえ
⑤今まで健康・発達上のことで、専門機関に相談や通所したことがありますか。	はい	いいえ
※⑤で【はい】の場合どちらの施設ですか? ()		
他に健康・発達面で心配なことがありましたらご記入ください。		
⑥よくある症状はありますか。	はい	いいえ
⑥で【はい】の場合 ・熱がやすい ・風邪を引きやすい ・便秘症(日以上) ・下痢をしやすい ・吐きやすい ・湿疹 ・その他 () ・アレルギー体質 ・アトピー性皮膚炎 ・ぜんそく ・薬過敏 ・その他()		
⑦今までにかかった病気等がありますか。	はい	いいえ
⑦で【はい】の場合 ・心臓疾患 ・中耳炎 脱臼 ・ヘルニア ・その他 ()		
⑧【ひきつけ】や【けいれん】を起こしたことがありますか。	はい	いいえ
⑧で【はい】の場合 ※回数 (回) ※時期 () <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 20px;"> ※原因 } 熱 (°C)が出た時に起こる </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 20px;"> 熱が出なくても起こる } 泣いた時に起こる </div>		
⑨入院したことがありますか。	はい	いいえ
⑨で【はい】の場合 ※病名 () ※入院期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)		
⑩現在、通院をしていますか。	はい	いいえ
⑩で【はい】の場合 ※病名 () ※通院状況 () ※かかりつけ医 ()		

入園前健康診断書

病院様 各位

うみの森ほいくえん

保育園入園に際しまして、下記の通り健康診断をお願い致します。

名前	(男・女)			
生年月日	平成・令和	年	月	日生 (歳 ヶ月)
検診年月日	令和	年	月	日
測定	身長 cm	体重 kg	胸囲 cm	
栄養状態	細身 ・ 普通 ・ 肥満			
聴診				
脊椎・胸部の疾患	有 ・ 無			
眼の疾病及び異常	有 ・ 無			
耳鼻咽喉頭疾患	有 ・ 無			
皮膚疾患	有 ・ 無			
その他の疾病及び異常	有 ・ 無			
医師所見	集団保育 (可 ・ 不可)			
病院名 医師名	印			

※個人情報保護法にもとづいて、上記ご記入いただいた個人情報は適正に取り扱いたします。

個人情報に関する同意書

うみの森ほいくえんでは、屋外活動に際しご提出いただいた、園児および保護者の皆様の個人情報の管理に適切な安全対策を講じるものとします。つきましては、下記の通り利用目的についてご案内申し上げますので、

必要最低限の範囲内で情報を収集・使用・提供することに 同意いただきますようお願いいたします。

1. 利用目的

- ・屋外活動の記録
- ・屋外活動の際の緊急連絡
- ・医療機関との連絡調整
- ・小学校就学のための小学校との情報共有
- ・他施設等への転園、きょうだいが他園に在籍している、などの理由における連絡調整

2. 使用条件 ・利用目的以外に使用しない。 ・第三者に情報をもらさない。

3. 個人情報の管理

- ・いただいた個人情報につきましては、保育園にて安全管理いたします。
- ・保育園で撮影した園児の写真については、広報活動やホームページ、報道機関の取材 等に使用する場合があります。（別紙、SNS 等への掲載許可で同意された方のみ）
- ・保護者や保育園の了解がない、第三者への公開や複製の配布は行いません。

上記について、同意します。

令和 年 月 日

園児氏名 _____

保護者氏名 _____ 印