

児 童 票

		登録番号	-
		送り迎え	母・父・その他()
ふりがな 児童名	男 女	お子さんの呼び名	
		主な保育者	母・父・その他()
		保育開始日	平成 年 月 日
ふりがな 保護者名		保育終了日	平成 年 月 日
住所	墨田区 電話		
家 族 状 況	氏名(ふりがな)、生年月日、携帯電話番号		勤務先(所在地・名称・電話)
	父	年 月 日生 (携帯電話 - -)	電話
	母	年 月 日生 (携帯電話 - -)	電話
	兄弟 関係	名前 S・H 年 月 日生(才)	名前 S・H 年 月 日生(才)
保育理由		健 康 保 険 種 類	1 国民健康保険 2 社会保険
保育歴 有・無			3 共済組合 4 その他
かかりつけ医院・病院			記号 番号
電話			被保険者名 保険者番号
発 達 の 経 過		※下記の該当する項目にチェックをしてください。	
<input type="checkbox"/> 音に反応しますか <input type="checkbox"/> 人の顔をじっと見ますか <input type="checkbox"/> あやすと笑いますか <input type="checkbox"/> 首がすわりましたか			
<input type="checkbox"/> 腹ばいをする時、手を突っ張って上体を持ち上げますか <input type="checkbox"/> 親と他の人の区別がつかますか <input type="checkbox"/> 寝返りしますか <input type="checkbox"/> 支えなくても一人で座っていられますか <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向きみますか <input type="checkbox"/> ハイハイをしますか <input type="checkbox"/> 好きなものを指差し「アーアー」と言って教えますか			
<input type="checkbox"/> スプーンやフォークで食べようとしますか <input type="checkbox"/> ひとり歩きをしますか			
<input type="checkbox"/> 「ワンワン、ブーブー」等、単語を話しますか <input type="checkbox"/> 「～持ってきて」等、簡単な指示を理解して行動しますか <input type="checkbox"/> “おしっこ”をした後、しぐさや簡単な言葉で知らせますか			
<input type="checkbox"/> 足を交互に出して階段を昇ることができますか <input type="checkbox"/> 靴や衣服を自分で着脱できますか <input type="checkbox"/> 「牛乳を飲む、公園に行く」等、二語文を話しますか			
<input type="checkbox"/> 自分の苗字、名前を言えますか <input type="checkbox"/> 順番や交替がわかりますか <input type="checkbox"/> 簡単なきまりや約束がわかりますか <input type="checkbox"/> あいさつ・返事等、生活や遊びに必要なことばを使えますか <input type="checkbox"/> 危険なものや危ない場所についてわかり、気をつけて遊べますか <input type="checkbox"/> 友達と遊べますか			
◆健康上、発達上に気になる事がありましたら記入してください。			