

# 児 童 票

|   |                            |   |                     |
|---|----------------------------|---|---------------------|
|   |                            | 登録番号  | -                   |
|   |                            | 送り迎え  | 母・父・その他( )          |
| ふりがな<br>児童名   | 男<br>女                     | お子さんの呼び名  |                     |
|   |                            | 主な保育者   | 母・父・その他( )          |
|   | 平・令 年 月 日生                 | 保育開始日   | 年 月 日               |
| ふりがな<br>保護者名  |                            | 保育終了日   | 年 月 日               |
| 住所  | 墨田区<br>電話                  |   |                     |
| 家<br>族<br>状<br>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                          | 昭・平 年 月 日生<br>(携帯電話 - - )                       | 電話                  |
|   | 母                          | 昭・平 年 月 日生<br>(携帯電話 - - )                       | 電話                  |
|   | 兄弟<br>関係                   | 名前<br>平・令 年 月 日生(才)                             | 名前<br>平・令 年 月 日生(才) |
|   |                            | 名前<br>平・令 年 月 日生(才)                             | 名前<br>平・令 年 月 日生(才) |
| 保育理由  | 健<br>康<br>保<br>険<br>種<br>類 | 1 国民健康保険      2 社会保険<br>3 共済組合            4 その他 |                     |
| 保育歴 有・無   |                            | 記号                      番号                      |                     |
| かかりつけ医院・病院  |                            | 被保険者名<br>保険者番号                                  |                     |
| 電話  |                            |   |                     |
| <b>発 達 の 経 過</b> ※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<br><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ますか<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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。  |                            |   |                     |