

海南省ファミリーサポートセンター

児童票

記入日 年 月 日

ふりがな		会員番号		I -	
会員氏名					
ふりがな		生 年 月 日		記入時年齢	性別
児童氏名		西暦 年 月 日		才 カ月	男・女
援助希望 の内容	提供会員宅預かり ()	依頼会員宅預かり ()	送迎対応 ()	はっぴいルーム ()	
保 育 園 ・ 幼 稚 園 等	名 称			所在地・電話番号	
	クラス(組)名:			TEL:	
	担任名:				
普 段 の 様 子	お子さんはなんと呼ばれていますか? 愛称 ()				
	●平熱 °C				
	●排泄 一人でできる ついていてやればできる できない(おむつ)				
	●午睡 しない する (時頃～ 時頃)				
	●食事 朝 時頃 昼 時頃 夜 時頃				
	食べてはいけないもの ()				
	●アレルギー ない・ある (何のアレルギーですか?)				
	●常時内服薬及び内服時間(喘息、アトピー、痙攣止など) ()				
●子どもの癖 ●動物 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 猫 犬 その他 ()					
●好きな遊び ●嫌いなこと					
※熱性痙攣の経験がありますか? ない					
初回 才 カ月 最後 才 カ月 これまでに 回					
予 防 接 種	BCG		年 月	おたふく 年 月	
	麻しん・風しん		年 月	水ぼうそう(水痘) 年 月	
	四種混合(一期)一回目		年 月	四種混合(一期)二回目 年 月	
	四種混合(一期)三回目		年 月	四種混合(追加) 年 月	
	その他				
感 染 症 歴	麻疹	才 カ月	おたふくかぜ	才 カ月	大きな病気をしたことが
	水ぼうそう	才 カ月	その他	才 カ月	ない
	B型肝炎	才 カ月	(キャリアーでは	ない・ある)	ある ()
かかりつけ小児科医			その他、要望など		
名称					
電話番号					

※病児病後児サポートが必要な方は太枠内もご記入ください