



児童票

親子写真貼付け
(主に送迎する可能性のある保護者の方と
お子さまと一緒に写っているもの)

記入日: 20 年 月 日

児童名	ふりがな	性別	生年月日		年齢	平熱
		男・女	20	年 月 日	歳 ヶ月	℃
住所	〒				通園先(保育園・幼稚園・プレ・療育)	
	電話番号					
自宅からの主な登園方法と時間 徒歩・自転車・バス・自家用車・電車 (分)						
健康保険証	保険本人名			かかりつけの医療機関		
	保険者番号 記号・番号					
同居家族	氏名	続柄	生年月日	電話番号		
				アレルギー 有・無 (歳現在)		
				卵・乳・小麦・そば・落花生(ピーナツ)・えび・かに・ハウスダスト・ 花粉・動物()・その他()		
				おやつ/弁当の際に机を分ける対応が 必要・不要		
				緊急連絡先		
				①	—	—
			②	—	—	(続柄)
保護者連絡先						
保護者氏名 (続柄)			保護者氏名 (続柄)			
携帯電話番号 — —			携帯電話番号 — —			
勤務先名称			勤務先名称			
勤務先電話番号 — —			勤務先電話番号 — —			
生活状況						
生活・遊びの面で配慮が必要な事がありますか？			食事で配慮が必要な事(アレルギー・その他)はありますか？			
	児童票(表)	児童票(裏)	申請書	同意書	備考	
担当者						
受取日						

裏面もご記入ください

健康問診票

児童名 _____

記入日: 20 年 月 日

出産	・正常 ・帝王切開 ・吸引/鉗子 ・早産(週)	出生時計測値	体重 g	身長 cm
			胸囲 cm	頭囲 cm
血液型	型 RH (+)(-)	授乳方法	・母乳 ・ミルク ・混合	平熱 °C
		離乳食	開始 月・終了 月	

既往歴	麻疹(はしか)	風疹	百日咳	水痘(みずぼうそう)	流行性耳下腺炎(おたふく)	突発性発疹
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

(年月日) 予防接種	BCG	三種混合・四種混合		MR	水痘	日本脳炎	ヒブ	肺炎球菌
	①	①		①	①	①	①	①
	ポリオ	②			②	②	②	②
	①	③					③	③
	②	④					④	④
		ロタ	B型肝炎	おたふく				
	①	①	①					

1. 現在または最近までに医師にかかっていた病気・怪我はありますか？
なし・あり ()
2. 心臓病・腎臓病・川崎病など、その他大きな病気をしたことがありますか？
なし・あり (病名: 年齢: 歳 月)
3. ひきつけ・けいれんを起こしたことがありますか？
なし・あり (熱あり・熱なし)
(歳 月) (歳 月) (歳 月)
その時に検査は受けましたか？ 受けていない・受けた(年 月)
現在も治療中ですか？ いいえ・はい(年 月から)
4. アレルギー体質と診断されたことはありますか？
なし・あり (食物アレルギー・アトピー性皮膚炎・喘息・その他)
保育中に気を付けることはありますか？()
5. ご家族で持病をお持ちの方・アレルギー体質の方はいますか？
なし・あり (病名・アレルギー名) (続柄)
6. 腕・肩・肘の関節が外れたことはありますか？
なし・あり (腕・肩・肘・その他) (右 回・左 回)
(歳 月) (歳 月) (歳 月)
7. お子さまの体質について
風邪をひきやすい…いいえ・はい 鼻血が出やすい…いいえ・はい
咳が出やすい…いいえ・はい 熱が出やすい…いいえ・はい
発疹が出やすい…いいえ・はい 腹痛になりやすい…いいえ・はい(下痢・便秘)
8. 体調が下降する際の傾向やサインはありますか？
9. その他、健康上で留意することがありましたらご記入ください。

年 月 日

一時預かり及び特定保育
裁判員制度一時預かり

申請書

立川市長 殿

現住所

市 町 丁目 番 号

保護者^{フリガナ}氏名
電話番号

一時預かり及び特定保育・裁判員制度一時預かりについて、次のとおり申請します。

		フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日
家 族 構 成	保 育 申 請 児 童				
	そ の 他 の 家 族				

保育期間中の連絡先

氏名	
電話	

主に児童を送迎する者

氏名	
続柄	



児童票

親子写真貼付け
(主に送迎する可能性のある保護者の方と
お子さまと一緒に写っているもの)

記入日: 2022年 8月 1日

児童名	ふりがな たちかわ みらい	性別	生年月日	年齢	平熱
	立川 未来	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	2021年 4月 1日	1歳 4ヶ月	36.8℃
住所	〒 190-0022 立川市錦町3-2-26 電話番号 042-529-8664			通園先(保育園・幼稚園・プレ・療育) 〇〇〇保育園	
	自宅からの主な登園方法と時間 徒歩・自転車・バス・自家用車・電車 (15 分)				
健康保険証	保険本人名 立川 未来		かかりつけの医療機関		
	保険者番号 〇〇〇〇〇 記号・番号 △△△△・△△		〇〇クリニック 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
同居家族	氏名	続柄	生年月日	アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 (1 歳現在)	
	立川 〇〇	父	19〇〇年〇月〇日	卵・乳・小麦・そば・落花生(ピーナツ)・えび・かに・ハウスダスト・ 花粉・動物()・その他()	
	立川 △△	母	19△△年△月△日	おやつ/弁当の際に机を分ける対応が <input checked="" type="checkbox"/> 必要・不要	
	立川 □□	兄	20□□年□月□日	緊急連絡先	
				① △△△-△△△△-△△△△ (続柄 母) ② 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (続柄 父)	
保護者連絡先					
保護者氏名 立川 〇〇 (続柄 父)			保護者氏名 立川 △△ (続柄 母)		
携帯電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			携帯電話番号 △△△-△△△△-△△△△		
勤務先名称 〇〇〇株式会社			勤務先名称 専業主婦		
勤務先電話番号 ×××-××××-××××			勤務先電話番号 - -		
生活状況					
生活・遊びの面で配慮が必要な事がありますか?			食事で配慮が必要な事(アレルギー・その他)はありますか?		
(例) 人見知りがあり、泣いた時は音の鳴るおもちゃや外の景色を見ると落ち着きます			(例) 卵白アレルギーがあります		
	児童票(表)	児童票(裏)	申請書	同意書	備考
担当者					
受取日					

裏面もご記入ください

健康問診票

児童名

立川 未来

記入日: 2022年 8月 1日

出産	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引/鉗子 <input type="checkbox"/> 早産(週)	出生時 計測値	体重 ○○○○g	身長 △△cm
			胸囲 ◎◎cm	頭囲 □□cm
血液型	A 型 RH <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-)	授乳方法	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input checked="" type="checkbox"/> 混合	平熱 36.8℃
		離乳食	開始 △ヶ月・終了○ヶ月	

既往歴	麻疹(はしか)	風疹	百日咳	水痘(みずぼうそう)	流行性耳下腺炎(おたふく)	突発性発疹
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	○年 △月

(年月日種)	BCG	三種混合・四種混合	MR	水痘	日本脳炎	ヒブ	肺炎球菌
	① ○年 △月	① ○年 △月	① ○年 △月	① ○年 △月	①	① ○年 △月	① ○年 △月
	ポリオ	② ○年 △月		②	②	② ○年 △月	② ○年 △月
	①	③ ○年 △月				③ ○年 △月	③ ○年 △月
	②	④				④	④
	ロタ	B型肝炎	おたふく				
① ○年 △月	①	①					

- 現在または最近までに医師にかかっていた病気・怪我はありますか?
 なし ・ あり ()
- 心臓病・腎臓病・川崎病など、その他大きな病気をしたことがありますか?
 なし ・ あり (病名: 年齢: 歳 ヶ月)
- ひきつけ・けいれんを起こしたことがありますか?
 なし ・ あり (熱あり ・ 熱なし)
 (歳 ヶ月) (歳 ヶ月) (歳 ヶ月)
 その時に検査は受けましたか? 受けていない ・ 受けた(年 月)
 現在も治療中ですか? いいえ ・ はい(年 月から)
- アレルギー体質と診断されたことはありますか?
 なし ・ あり (食物アレルギー ・ アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ○ その他)
 保育中に気を付けることはありますか?(特になし)
- ご家族で持病をお持ちの方・アレルギー体質の方はいますか?
 なし ・ あり (病名・アレルギー名) (続柄)
- 腕・肩・肘の関節が外れたことはありますか?
 なし ・ あり (腕・肩・肘・その他) (右 回 ・ 左 回)
 (歳 ヶ月) (歳 ヶ月) (歳 ヶ月)
- お子さまの体質について
 風邪をひきやすい… いいえ・ はい
 鼻血が出やすい… いいえ・ はい
 咳が出やすい… いいえ・ はい
 熱が出やすい… いいえ・ はい
 湿疹が出やすい… いいえ・ はい
 腹痛になりやすい… いいえ・ はい
 (下痢・便秘)
- 体調が下降する際の傾向やサインはありますか?
 (例) 食欲がなくなり、泣きやすくなります。
- その他、健康上留意することがありましたらご記入ください。