

児 童 連 絡 票

記入日 令和 年 月 日

お子さんのことについて記入してください。（※該当項目の□にチェック（☑）をつけてください。）

氏 名	(ふりがな)		生 年 月 日		愛 称	
			西 暦	年 月 日		
	(男・女)		(歳 か月)			
同 居 家 族	氏 名	続柄	年 齢	氏 名	続柄	年 齢
			歳			歳
			歳			歳
好きな遊び						
首のすわり	() か月頃から		お 座 り	() ヲ月頃から		
寝 返 り	() か月頃から		ハ イ ハ イ	() ヲ月頃から		
つかまり立ち	() 歳 () か月頃から		<input type="checkbox"/> まだできていない			
歩行開始時期	() 歳 () か月頃から		<input type="checkbox"/> まだできていない			
言 語	<input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 一語文 (マンマ・パパ) <input type="checkbox"/> 二語文 (ワンワンきた・まんまちょうだい) <input type="checkbox"/> 発音がまだはっきりしていない <input type="checkbox"/> 発音がはっきりしている					
排 尿	<input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でトイレに行ける					
排 便	<input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でトイレに行ける					
午 睡	<input type="checkbox"/> いつもしている：___時～___時頃 (※1歳～1歳半の方：午前寝 <input type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> していない 【どうやって寝るか、入眠時のくせ等】					
現在在園・通所しているところ	<input type="checkbox"/> 幼稚園 () 幼稚園 <input type="checkbox"/> ひいらぎ () グループ <input type="checkbox"/> その他 ()					
既 往 症	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 肘内障 <input type="checkbox"/> その他 ()					
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある (医師記入の食物アレルギー生活管理指導表が必ず必要となります) 種類：食物 () ・薬品・日光・花粉・その他 () <input type="checkbox"/> ない					
※必ずどちらかにチェックをしてください	※「アレルギーある」にチェックを付けられた方は、その症状について具体的にご記入ください。 また、必ず事前に利用される園にご相談ください。 【具体的な症状】 _____					
健 康 上 注意すべきこと	平熱 () ℃ 注意事項 ()					
かかりつけ医療機関	名称 () 電話 (- -)					
育児・発達における心配事						
保 育 園 に 伝えたいこと						