

児 童 票

ふりがな 児童名	年 月 日 生	男	おこさんの 呼び名	
		女	主な保育者	父・母・その他()
ふりがな 保護者名	年 月 日 生		保育開始日	年 月 日
			保育終了日	年 月 日

住 所	〒 豊田区	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・名称等)	職 種
	父	年 月 日 生) (携帯電話 番号)	電話
母	年 月 日 生) (携帯電話 番号)	電話	

保育理由	健康 保 険 種 類	1 国民健康保険 2 社会保険 3 共済組合 記号 番号 4 その他 乳児医療証 ④ ⑤
保育歴 有・無		
かかりつけ医院・病院		
電話		

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"/> 腹ばいをすると、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"/> 寝返りをしますか <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"/> ハイハイしますか <input type="checkbox"/> 好きなものを指さし「ブーブー」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ていますか <input type="checkbox"/> ひとり歩きますか <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、シズ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。