ＮＰＯ法人子育て応援スペースとことこ

歳児　＜2024 年度　個　人　票＞

提出日　　年　月　日　□入会□更新

□ とことこ会員　□日祝会員　□てづくり会員 □ むさしの会員（市内在住 0～5 歳児） □ 小規模保育室　□定期利用保育		
名前（ふりがな）（呼び名） 男　女	保護者名（父） 保護者名（母）	親子写真 （8cm×9cm くらい） ＊送迎の可能性のある方のお写真もお願いします。 （おじいちゃん、おばあちゃんなど）
生年月日　　年　月　日	平熱　℃	
住所　〒 自宅電話番号：		
携帯電話（どなたのものか記入） （　　） （　　）	その他連絡先 （　　）	

既往症・先天性の特性	通常のかかり医名・TEL
アレルギー	熱性などのけいれんを起こしたことがありますか? （起きた日にちを全て記入ください）
脱臼をしたことがありますか （「肘内障」と言われたことがありますか）	（いつ）　（部位） 右　・　左
今までにかかった大きな病気やケガ	
発達のことで助言されたことや相談したことがあれば記入ください。	

◆今までにかかったことのある病気（年月日）をご記入ください

麻疹	風疹	水痘（みずぼうそう）	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	百日咳	突発性発疹	
年 月　日	年 月　日	年 月　日	年 月　日	年 月　日	年 月　日	

◆受けた予防接種をご記入ください（三種混合・四種混合・五種混合に〇印をつけてください）

定期予防接種									任意接種
三種･四種 五種混合	肺炎球菌	ＢＣＧ	ヒブ （単独）	水痘 （みずぼうそう）	ポリオ （単独）	日本脳炎	Ｂ型肝炎	ロタウイルス	流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）
①　年 月　日	①　年 月　日	年 月　日	①　年 月　日	①　年 月　日	①　年 月　日	①　年 月　日	①　年 月　日	①　年 月　日	①　年 月　日
②　年 月　日	②　年 月　日	ＭＲ （麻疹･風疹混合）	②　年 月　日	②　年 月　日	②　年 月　日	③　年 月　日	②　年 月　日	②　年 月　日	②　年 月　日
③　年 月　日	③　年 月　日	Ⅰ期　年 月　日	③　年 月　日		④　年 月　日	追加　年 月　日	追加 ②　年 月　日	③　年 月　日	
追加　年 月　日	追加　年 月　日	Ⅱ期　年 月　日	追加　年 月　日		追加　年 月　日				

【　お子さんについて　】お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

最近のおおまかな生活リズム	（睡眠・食事・ミルクの時間）をご記入ください。 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2 3 4
寝かしつけ方	
排便	（回数・時間）
食欲	
好きな食べ物 ・ きらいな食べ物	
家族構成	兄弟・姉妹のお名前・学年・通学、通園先 （　　）
ご家族以外でよく遊ぶ人	
お気に入りのあそび	
お子さんのことで気になる事がありましたらご記入ください	
保育経験 療育経験	
現在の通園先 通学先 （クラス）	
入会の きっかけ	
その他 ご心配なことなどありましたらご自由にご記入ください	

・この用紙に申告がなく、これらの病状による事故等については、責任を負いかねます。お子さんの安全のために必ずお知らせください。
・この用紙は１年毎に更新します。年度途中でも、変更・追加がありましたら随時お知らせください。

※この書類は、「とことこ」と保護者の方双方が、安心してご利用いただけるために、また、お子さんがより安心し、安全に過ごすことのできるように作成いただいています。内容につきましては、個人情報保護法に基づき、「とことこ」にて、流出のない様に保管させていただきます。