

歳児 <2025 年度 個人票>

提出日 年 月 日 入会 更新

<input type="checkbox"/> とことこ会員 <input type="checkbox"/> 日祝会員 <input type="checkbox"/> てづくり会員 <input type="checkbox"/> むさしの会員 (市内在住 0~5 歳児) <input type="checkbox"/> 小規模保育室 <input type="checkbox"/> 定期利用保育		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)
名前 (ふりがな) (呼び名)	保護者名 (父)	
男 女	保護者名 (母)	
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 ()	

通常のかかり医名・TEL

既往症・先天性疾患	アレルギー	熱性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○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	
保育経験 療育経験	
現在の通園先 通学先 (クラス)	
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	
お子さんの発達のことと相談している機関はありますか？ (保健センター・病院・専門施設・ハビットなど) (相談内容： (いつ頃) 施設、病院名：)	
子育てについて相談している機関はありますか？ (保健センター・子ども家庭支援センターなど)	
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。