

児童氏名					(年生)	(男・女)	平成	年	月	日生
住所										
自宅の電話番号 <small>(あるかたは記入してください)</small>						FAX				
緊急連絡先 (確実に連絡が取れるところから①・②の携帯電話・アドレスをお書きください)										
誰の(父・母・祖父母等)			携帯番号			メールアドレス				
①										
②										
家族構成(本人も)										
氏名(ふりがな)		続柄	生年月日		勤務先・学校名(学年)等			電話番号		
塾・習い事・その他										
種類		曜日	時刻		その他					
卒園した保育園・幼稚園										
身体や発達のことでお知らせいただきたいこと					車に酔いやすいですか?		はい・いいえ			
					平熱		℃			
					保険証番号					
					<かかりつけ病院>					
					主に内科・小児科()					
					電話番号					
					外科・整形外科 ()					
					電話番号					
					歯科 ()					
					電話番号					
					<自宅付近の略図>					
* 該当することがあれば、□にレを書いてください。 <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺が腫れやすい <input type="checkbox"/> ぜんそくである <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい(部位) <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 便秘がちである <input type="checkbox"/> 飲んではいけない薬がある() <input type="checkbox"/> 食べてはいけないものがある() <input type="checkbox"/> その他アレルギーがある <input type="checkbox"/> けいれんを起こしたことがある(いつ頃) <input type="checkbox"/> 療育を受けたことがある <input type="checkbox"/> その他()										