

<input type="checkbox"/> 乳幼児医療証	<input type="checkbox"/> 健康保険証（有効期限 有 無）	登録年月日	年 月 日
---------------------------------	--	-------	-------

一時預かり 連絡票

ふりがな お子様 氏名				性別	男	女
生年月日	平成 令和 年 月 日	年齢	歳 ヶ月			
申請者 ふりがな 氏 名				続柄		
住所	〒			電話番号		
緊急時連絡先 ①	名前	電話番号	出生時の 状況	正常分娩 異常分娩（早産 月・その他 月）		
緊急時連絡先 ②	名前	電話番号		体重	g	血液型
かかりつけ医	病院名	TEL	兄弟構成	第 子 / 人中		
	病院名	TEL	食物・環境 アレルギー	なし あり（ ）		
既往症	熱性けいれん（ ℃） ・気管支喘息・おたふくかぜ・ 水ぼうそう 風疹・麻疹・その他（ ）		入院歴	なし あり（ ）		
			通院	なし あり（ ）		
栄養	母乳	ミルク	混合	離乳食	排泄	知らせる（ ） 知らせない トレーニング中
食事	1回食 2回食 3回食 （形状 ）			離乳食開始月齢（ ヶ月頃 ）		
生活習慣	平熱					
	託児経験	有	無	ある場合、回数や様子など		
	通園	幼稚園	保育園	なし	差し支えなければ幼稚園名・保育園名ご記入ください	
	入眠時の癖 やサインなど					
	好きなあそび ・玩具・音楽 キャラクター					
	性格・癖など	人見知り（しない・する）→どんな人に？（ ）				
特記事項 その他、留意点など						