

乳幼児医療証 健康保険証（有効期限 有 無）

一時預かり 連絡票

		登録年月日	年 月 日		
		登録番号			
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 ）	
緊急時連絡先 ②	名前	電話番号		体重	g
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 (°C) ・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) 食事の様子 ()			離乳食開始月齢 (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					