

一時預かり 連絡票

					登録番号		
お子様 氏名	ふりがな				年齢	歳	ヶ月
主なお迎えの方 氏名		続柄		続柄	生年月日	20	年 月 日
緊急連絡先 ①	連絡先名称 () TEL: 携帯:				出生の 状況	正常分娩 異常分娩 (早産 ヶ月・その他)	
緊急連絡先 ②	連絡先名称 () TEL: 携帯:					体重	g
緊急連絡先 ③	連絡先名称 () TEL: 携帯:				兄弟構成		第 子 / 人中
かかりつけ医	病院名		病院名		食物アレルギー	なし あり ()	
	TEL		TEL		栄養	母乳 ・ ミルク ・ 混合	
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 ()	
生活習慣	排便	回数 (回 / 1日)	便意	(知らせる・知らせるときもある・知らせない)			
	排尿	回数 (回 / 1日)	尿意	(知らせる・知らせるときもある・知らせない)			
	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? ()						
その他留意すべきこと							
提出書類 チェック欄	<input type="checkbox"/> 一時預かり申請書 <input type="checkbox"/> お子さまの健康保険証 <input type="checkbox"/> 乳児医療証、または福祉医療証						