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
		生年月日	20　年　月　日
住所	〒		
主なお迎えの方 氏　名	続柄	続柄	
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　血液型　型（ＲＨ　）
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（　　）		入院暦　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	□　一時預かり連絡票 □　お子さま健康保険証 □　乳児医療証　、または福祉医療証