

(ふりがな)				
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知っておいてもらいたいこと		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( )				
<input type="checkbox"/> 食べてはいけないものが( )				
<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( )				
<帰宅方法> どちらかに○を記入してください。				
送りのバスを利用する( ) 下車したいバス停または場所( ) 出発は、午後( )				
※ 入所受付後に、下車する場所を検討しますので、要望通りにならない場合があります				
送りのバスを利用しない( ) ⇒ お迎え(午後 時 分頃) または ⇒ 徒歩で帰宅(午後 時 分頃)				