ふりがな							住所				
氏名						男・					
愛称						女	電話				
生年月日	年	月	⊟(才	ヶ月)	保護	者氏名				
希望保育 時間	29日				•		~		:		
	30日				:		~		:		
	31⊟				:		~		:		
緊急連絡先	1氏名			(続柄)		電話【 会社名				【会社】	
	2氏名			(続柄)	Ē	電話【	携帯】			【会社】	
						会社名 					
	3氏名			(続柄)		電話【				【会社】	
	会社名:										
个捞师电前6	1氏名	はい 場合	7/3/03/57	<u> </u>	生年月日		年	月	<u>∨₁。</u> □	 続柄	
災害時引取者	住所				<u> </u>		· 電話	,3		ביון טעוו	
	2氏名				 生年月E			 月		 続柄	
	住所										
	3氏名				 生年月E		 年	 月		 続柄	
	住所				<u> </u>		· 電話	, 3		1190113	
*災害時にお	 										
食事	好きな物(_ 食べさ	完了食	※ミルク	がは園のミ 乳児食	:ルクを で <u>食べ</u>	+(ミルク を提供しま る(手づ な物(す。			cc)
排泄	オムツ 排尿 排便 排便の始末	教 教	える える	いる 教えない 教えない できない	,) ,)		い 午日だいた				
睡眠	昼寝 寝つき 昼寝の時間 寝かせ方	良 (だ	いたい	ない 悪い 時間 おんご)	午前寝 寝起き 寝る時の ひとり	くせ(する 良い ;)
着脱	できな	い	ほと	んどひと	こりでする	3					
遊び	好きな遊び 好きな玩具	! !					好きな歌	()

	平熱 ℃
健康	今までかかったことのある病気にはO印 予防接種済みのものには△印をご記入ください
	麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎・百日咳・溶連菌感染症・中耳炎(右・左)
	ヘルニア・消化不良・心臓病・肝炎
	予防接種済みのものには〇印を記入ください
	ヒブ・小児用肺炎球菌・BCG・ポリオ
	三種混合又は四種混合(1回 2回 3回 追加)・日本脳炎(1回 2回 追加)
	アレルギー体質(ある ない)
	※食物アレルギー等がある方は、在籍園に提出しているアレルギー疾患生活管理指導表のコピーを添付してください。
	症状(ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・鼻炎・結膜炎)
	原因(食物・薬物・その他
	食事制限ある(食品名)・なし
	特にミルクの指定がある場合(
	※指定がある場合、ミルクをお持ちいただく場合もあります。
	かかりつけの病院(
	<u>ひきつけたこと</u> (ある ない)
	最後にひきつけた時期(年 月 日) 発熱 ℃
	かかりつけの病院()現在施設に預けている座薬 ある
	脱臼 (ある ない)
	肘 (右・左) 肩 (右・左)
	かかりつけの病院(())
その他	保育を行うに当たり気になる点はありますか
	特にない
	ある(
	J