

東白川村長 様

利用者氏名 (保護者氏名) ㊟

住 所 東白川村

電話番号

携帯電話

ふりがな		男	生年月日 平成 年 月 日生	
お子さんの氏名		女	歳 箇月	
保 護 者 (※)	父	氏名 (歳)	お子さんの愛称	
	母	氏名 (歳)		
	自宅住所 (〒 —)			
	自宅電話 — —			
兄弟姉妹				
職 業	父		母	
緊 急 連 絡 先	父	1(電話 勤務先)		
		2(電話 勤務先) 携帯可		
	母	1(電話 勤務先)		
		2(電話 勤務先) 携帯可		
保育園等名	電話 — —			
家庭医名	電話 — —			
周 産 期	妊娠中の異常 (なし ・ あり)			
	出産時体重 _____g			
	出 産 は (予定通り ・ 日早かった ・ 遅かった (在胎 週)			
	出産時の異常 (なし ・ あり)			
乳 児 期 の 発 達	首のすわり: 箇月		一人歩き: 箇月	
	栄 養 法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合)			
	離乳食開始時期(前期: 箇月 中期: 箇月 後期: 箇月 幼児食: 年 箇月)			
	人見知り: 箇月		母親の後追い: 歳 箇月	
初語(意味のあることば): 歳 箇月				
予 防 接 種	母子健康手帳の写しを添付してください。			
感 染 症 歴	は し か:	歳 箇月	水 ぼうそう:	歳 箇月
	百日せき:	歳 箇月	おたふくかぜ:	歳 箇月
	B型肝炎: 歳 箇月 (キャリアでない・ある)			
	その他(具体的に):			

(※) 保護者自宅住所及び電話番号は、利用者氏名と同一の場合は記載しなくて構いません。

これまでの病気	熱性けいれん：初回 歳 箇月最後は 歳 箇月（これまでに 回）	
	ぜん息 ぜん息様気管支炎	毎日 薬を飲んでいる・いない・発作時だけ 毎日 吸入療法している・いない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない・ある（治療は 内服薬・食事療法）
	その他の病気 （具体的に）	
	入院したこと	ない・ある（病院 歳 箇月） （病院 歳 箇月） （病院 歳 箇月） （病院 歳 箇月）
常時内服している薬	ぜん息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。 （内服時間も記入してください）	
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。	
その他	体質（薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと、配慮してほしいことなどをお書きください。	
	障がい者手帳など（※）	

（※） 障がい者手帳などは、手帳の写しを添付してください。

登録番号

--	--	--