

登録票

年 月 日

申請者名

印

ふりがな 児童氏名		男・女		生年月日	
住所				電話番号	
家族構成					
ふりがな 氏名	続柄	生年月日	勤務先/通学先	勤務先電話番号	携帯番号
緊急連絡先					
ふりがな 氏名	住所			電話番号	続柄
①					
②					
③					
健康状況					
出生体重	g	栄養法 母乳・人工乳・混合			
身長	cm	その他			
出生時の異常	無・有				
※1歳6ヶ月未満のお子様のみご記入下さい					
離乳食の開始	ヶ月				
首のすわり	ヶ月	お座り	ヶ月	ひとり歩き	ヶ月
人見知り	ヶ月	母の姿を追う	ヶ月	初語	ヶ月
その他					
熱性けいれん	無・有	初回	歳	ヶ月	最後は
喘息	無・有	毎日薬を飲んで	いる・いない	発作時だけ(薬の名前)
アトピー性皮膚炎	無・有	毎日吸入療法	している・していない		
脱臼	無・有	(軟膏	内服薬	食事療法)	
その他の病気	無・有	(肩	左・右	、肘	左・右
		、股関節	左・右)		
その他	気になる点などご自由にお書き下さい(例:常時飲んでいる薬など)				