

登録票

年 月 日

申請者名

㊞

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	歳 ヶ月
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)			
		毎日吸入療法 している・していない			
アトピー性皮膚炎	無・有	(軟膏 内服薬 食事療法)			
脱臼	無・有	(肩 左・右 、 肘 左・右 、 股関節 左・右)			
その他の病気	無・有	〔 〕			
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)					