

ふりがな			会員番号	GR	
会員氏名					
ふりがな		生年月日		記入時年齢	性別
児童氏名		年 月 日		才 ヶ月	男 ・ 女
☐ にレ点	☐ 障害者手帳		級 (肢 ・ 視 ・ 聴 ・ 内部)		☐ 療育手帳 級
学校・保育園等	名 称		かかりつけ医	名称	
	クラス(組)名:			住所	
	担任名:			TEL	
普段の様子	お子さんはなんと呼ばれていますか? 愛称()				
	●平熱 ℃				
	●排泄	□一人でできる □ついていてやればできる □できない(おむつ)			
	●午睡	□しない □する (時頃～ 時頃)			
	●食事	□アレルギーがある () □なし			
		□食べさせたくないもの ()			
	●動物	□アレルギーがある ()			
		□動物のいるスタッフ宅でのサポート 可 ・ 不可			
	●常時内服薬及び内服時間 (喘息、アトピー、痙攣止など)()				
	●最近受けた健診 (4ヵ月 ・ 7ヵ月 ・ 10ヵ月 ・ 1才8ヵ月 ・ 2才6ヵ月 ・ 3才6ヵ月)				
●乳幼児健診で異常があると言われたことはありますか? 有 ・ 無 ()					
●お子さんの発育状況で気になる事がありますか? 有 ・ 無 ()					
●市や民間が実施している発達相談を受けたことはありますか? 有 ・ 無 ()					
※熱性痙攣の経験がありますか? ない					
初回 才 ヶ月		最後 才 ヶ月		これまでに 回	
予防接種	BCG 年 月		三種混合(最終接種)		年 月
	ポリオ(最終接種) 年 月		はしか(麻疹)		年 月
	風疹 年 月		日本脳炎(最終接種)		年 月
	肺炎球菌(最終接種) 年 月		ヒブ(最終接種)		年 月
	四種混合(最終接種) 年 月				
感染症歴	麻疹 才 ヶ月		おたふくかぜ 才 ヶ月		大きな病気やけが
	みずぼうそう 才 ヶ月		その他 才 ヶ月		ない
	B型肝炎 才 ヶ月 (キャリアーでは ない ・ ある)				ある()
その他、要望など					