

いわで・きのかわファミリー・サポート・センター
児 童 票

記入日 年 月 日

ふりがな		会員番号		I R	
保護者氏名					
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
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 °C		●午睡 ☐ しない ・ ☐ する (時頃～ 時頃)		
	●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)			
	●アレルギーについて				
	食事	☐ なし ・ ☐ あり ()			
		☐ 食べさせたくないもの ()			
	動物	☐ なし ・ ☐ あり ()			
		☐ 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 ・ 10ヵ月 ・ 1才6ヵ月 ・ 2才6ヵ月 ・ 3才6ヵ月				
	●お子さんの発育状況で気になる事がありますか？ 無 ・ 有 ()				
	●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？ 無 ・ 有 ()				
	●熱性痙攣の経験がありますか？ ☐ なし ・ ☐ あり				
	初回	才 ヶ月	直近	才 ヶ月	これまでに 回
●大きな病気やけが 無 ・ 有 ()					
●障害者手帳等を持っている方 ☐ 障害者手帳 級 (肢・視・聴・内部) ☐ 療育手帳 級					
●その他、要望(保育中・サポート中に気を付けてほしいこと)など					