

児童家庭状況票(おひさまルーム一時預かり事業用)

記入日 年 月 日

ふりがな		男 女	生年月日
児童名			年 月 日 才 ヶ月
住所	TEL ()		



《緊急時連絡先》

(上半身でよくわかるもの)

保護者	① 母	② 父
氏名	(携帯電話) — —	(携帯電話) — —
勤務先等		(勤務先) (所在地) (連絡先) — —
保護者以外の緊急連絡先		
	電話番号	住 所
③ (氏名) (続柄)	()	
④ (氏名) (続柄)	()	

家 族 関 係	氏名	続柄	生年月日	備考欄
		父	. .	
		母	. .	
			. .	
			. .	
			. .	
			. .	

児童の健康状況

※児童の健康・発育状況やアレルギー等について

◆アレルギー		定期的に通院している病気 (病名)
食物アレルギー(有・無) アレルギー	薬物アレルギー(有・無) アレルギー	
麻しん (歳 ヶ月)	◆けいれん(有・無) 熱性・無熱性	手術を要した病気 (病名)
風しん (歳 ヶ月)	(歳 ヶ月)	
水痘 (歳 ヶ月)	◆肘内障(有・無) 右・左	
おたふくかぜ (歳 ヶ月)	(歳 ヶ月)	

◆体調面で伝えておきたいこと(既往症・知っておいてほしい病気や症状など)

--

◆かかりつけの医療機関・医師など

(院名)	(院名)
(電話番号)	(電話番号)

◆予防接種の状況

	Hib	小児肺炎球菌	B型肝炎	ロタ	四種混合	日本脳炎	MR第1期	水痘	おたふくかぜ	BCG
①										
②							MR第2期			備考
③						/		/	/	
追加			/				/	/	/	