

児童家庭状況票(のびのび子育てプラザ一時預かり事業用)

記入日 2022年4月18日

ふりがな	すいた みらい	男 女	生年月日
児童名	吹田 未来		2020年8月16日 1才8ヶ月
住所	吹田市山田西4-2-43 TEL 06 ( 6816 ) 8585		



写真

(上半身でよくわかるもの)

《緊急時連絡先》

保護者	① 母	② 父
氏名	吹田 愛 (携帯電話) 080 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	吹田 翔太 (携帯電話) 090 - □□□□ - □□□□
勤務先等		(勤務先) ●●●● (所在地) 吹田市●●1-2-3 (連絡先) 06 - □□□□ - □□□□
保護者以外の緊急連絡先	電話番号	住所
③ (氏名) 吹田 和子 (続柄) 祖母	090 ( △△△△ ) △△△△	吹田市〇〇4-5-6
④ (氏名) 大阪 清 (続柄) 祖父	090 ( △△△△ ) △△△△	大阪市□□区□□1-2-3

家族関係	氏名	続柄	生年月日	備考欄
	吹田 翔太	父	1987・1・15	
	愛	母	1990・12・22	
	夢	姉	2018・11・22	〇〇幼稚園
	未来	本人	2020・8・16	
			・	
			・	

保護者以外の緊急連絡先は、遠方でも必ず1人は記入してください。

通っている園名・学校名を記入してください。

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

アレルギーを記入してください。

◆アレルギー		定期的に通院している病気 病名  歳 月
食物アレルギー (有・無)	薬物アレルギー (有・無)	
アレルギー 卵・小麦	アレルギー	手術を要した病気 病名  歳 月
麻しん (歳 月)	◆けいれん (有・無) 熱性・無熱性 ( 1 歳 2 月)	
風しん (歳 月)	◆肘内障 (有・無) 右・左 ( 1 歳 5 月)	
水痘 (歳 月)	おたふくかぜ (歳 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) 06-××××-××××	(電話番号) 06-□□□□-□□□□

◆予防接種の状況 (接種済みに✓をしてください)

	Hib	小児肺炎球菌	B型肝炎	□夕	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										