

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	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

<p>◆アレルギー</p> <p>食物アレルギー（有・無） <input style="width:100%; height: 40px;" type="text" value="アレルギー"/></p> <p>薬物アレルギー（有・無） <input style="width:100%; height: 40px;" type="text" value="アレルギー"/></p>	<p>定期的に通院している病気</p> <p>病名</p> <p style="text-align: right;">歳 ヶ月</p>
<p>麻しん （ 歳 ヶ月）</p> <p>風しん （ 歳 ヶ月）</p> <p>水痘 （ 歳 ヶ月）</p> <p>おたふくかぜ （ 歳 ヶ月）</p>	<p>◆けいれん（有・無） 熱性・無熱性 （ 歳 ヶ月）</p> <p>◆肘内障（有・無） 右・左 （ 歳 ヶ月）</p>
	<p>手術を要した病気</p> <p>病名</p> <p style="text-align: right;">歳 ヶ月</p>

◆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										