

記入例

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 2024年 9月 1日

ふりがな	すいた みらい	男 女	生年月日
児童名	吹田 未来		2022 年 9月10日 1 才 11 ヶ月
住所	吹田市山田西4-2-43 TEL 06 (6816) 8585		



《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	吹田 愛 (携帯電話) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	吹田 翔太 (携帯電話) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
勤務先等		(勤務先) ●●●● (所在地) 吹田市●●1-2-3 (連絡先) 06 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
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	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	吹田市〇〇4-5-6
④ (氏名) 大阪 清 (続柄) 祖父	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	大阪市〇〇区〇〇1-2-3

家 族 関 係	氏 名	続柄	生年月日	備考欄
	吹田 翔太	父	1989・1・15	
	愛	母	1992・12・22	
	夢	姉	2020・11・22	〇〇幼稚園
	未来	本人	2022・9・10	
			・ ・	
			・ ・	

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

◆予防接種の状況 (接種済に✓をしてください)

	Hib	小児 肺炎球菌	B型肝炎	ロタ	四種混合 五種混合	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			/				/	/	/	