

ふりがな		保護者氏名	ふりがな	
児童名			父	
生年月日 (血液型)	年 月 日 型 RH( )		ふりがな 母	
①自宅住所	住所 ☎ ( )			
②お父さんの勤務先	名称	外勤の 有 ・ 無		
	住所			
	☎ ( )	内線	( )	
	携帯☎ ( )			
③お母さんの勤務先	名称	外勤の 有 ・ 無		
	住所			
	☎ ( )	内線	( )	
	携帯☎ ( )			
④ご両親に連絡がつかない場合	氏名(関係)	( )		
	住所			
	☎ ( )			
3種混合予防接種	1	1 ・ 2 ・ 3 (○で囲む)	追	済 ・ 未 (○で囲む)
4種混合予防接種	期	1 ・ 2 ・ 3	加	済 ・ 未
1. 今までに大きな怪我(骨折や脱臼等)や入院するような病気(喘息等)をしたことがありますか? ある ・ ない				
2. 平熱は何度ですか? 度				
3. ひきつけや熱性けいれんを起こしたことがありますか? ある ・ ない				
4. アレルギー(食物や動物等)があるといわれたことがありますか? ある ・ ない				
5. 「くせ」(指しゃぶりやお気に入りのタオルがある等)がありますか? ある ・ ない				
6. 一人で食べられますか? 一人で食べる ・ 食べさせてもらっている 手づかみで食べる ・ スプーン/フォークで食べる ・ 箸で食べる ・ コップを使っている				
7. 牛乳を飲んでいますか? いる ・ いない 麦茶を飲んでいますか? いる ・ いない				
8. 睡眠 起床時間… 就寝時間… お昼寝… 眠るときは… 添い寝 ・ 一人寝 ・ おんぶ ・ 抱っこ ・ 指しゃぶり ・ おしゃぶり ・ タオル ・ その他( )				
9. 排泄は? おむつ ・ トレーニング中 ・ 一人でトイレに行ける				
10. 好きな遊びは? 砂場で遊んだことがありますか? ある ・ ない				
11. 何か保育園に伝えておきたいことは、ありますか?				