

一時預かり 連絡票

登録番号

お子様 氏名	(愛称)			年齢	歳 ヶ月		
主なお迎えの方 氏名	続柄		続柄	生年月日	平成	年	月 日
緊急時連絡先 ①	連絡先名称 () TEL: 携帯: ()			出生時の状況	正常分娩 異常分娩 (早産 か月・その他)		
緊急時連絡先 ②	連絡先名称 () TEL: 携帯: ()				体重	g	血液型 (RH 型)
緊急時連絡先 ③	連絡先名称 () TEL: 携帯: ()			兄弟構成		第 子 / 人中	
かかりつけ医	病院名	病院名		食物アレルギー	なし あり ()		
	TEL	TEL		栄養	母乳 ・ ミルク ・ 混合		
既往症	熱性けいれん・気管支喘息・おたふくかぜ・水ぼうそう・ 風疹・麻疹・その他 ()			入院歴	なし あり ()		
生活習慣	排便	回数 (回 / 1日)	便意 (知らせる・知らせるときもある・知らせない)				
	排尿	回数 (回 / 1日)	尿意 (知らせる・知らせるときもある・知らせない)				
	入眠時の癖 やサインなど						
	好きなあそび ・玩具・音楽 キャラクター						
	性格・癖など	人見知り (しない・する) →どんな人に? ()					
	その他 留意すべきこと						
提出書類 チェック欄	<input type="checkbox"/> お子様の健康保険証 <input type="checkbox"/> 乳児医療証、または福祉医療証						