

年 月 日記入

ふりがな		生年月日 (年齢)	西暦 20 年	ふりがな	
児童氏名			月 日 生	保護者氏名	
呼び方			(歳 か月)		
現住所	桑名市				
①連絡先 電話番号		②連絡先 電話番号			
氏名		氏名			
続柄		続柄			
健康・他	① ひきつけの経験 1 無 2 熱性けいれん 3 てんかん発作 4 その他()				
	② 関節が抜けた経験 1 無 2 有(どんな時:)				
	抜けた部位: 年齢: 歳 回数: 回				
	③ アレルギー 1 無 2 有(原因になるもの:)				
	抗アレルギー薬の処方 1 無 2 有(薬: かかりつけ医:)				
	エピペンの処方 1 無 2 有(かかりつけ医)				
	④ 乳幼児健診時の指導 1 無 2 有(歳 か月健診)				
指導内容:					
⑤ 入院歴・病歴 1 無 2 有(いつ・どのような:)					
⑥ 発達面・健康面で気になること あれば()					
⑦ お子さんの好きな遊び ()					

※預かり時、保護者様の本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証など)を拝見いたします。

※お子様の様子を確認したい場合、事前に面談をお願いすることがあります。

※職員記入欄

受付職員名	本人確認書類(チェック)
	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ その他()