

児童名	ふりがな	続柄	性別	生年月日	住所	自宅電話番号
			男 女	年 月 日	杉並区	

保護者名	ふりがな	続柄	勤務先及び最寄り駅	連絡先電話番号		1回	2回	3回	4回
					4月				
兄弟	ふりがな				5月				
					6月				
緊急連絡先 保護者以外の	ふりがな	続柄	勤務先及び住所	連絡先電話番号	7月				
					8月				
					9月				
					10月				
					11月				
					12月				
					1月				
					2月				
					3月				

健康表(お子さんをお預かりする上での大切な資料です。正確な記入をお願いします。)

平熱他	℃ 熱性けいれん(有・無) 肘内症(有・無)	健康保険の種類	国保・社保・共済・その他
身体的アレルギー	なし あり(アトピー・ぜんそく・その他)	かかりつけの病院	電話番号
食物アレルギー	食べてはいけない食品がありますか? いいえ・はい(症状) (食品名)	かかりつけの医師	
食事	母乳を飲んでいますか	はい・いいえ	その他(過去の大きな病気・保育するときに注意することなど)
	牛乳を飲んでいますか	はい・いいえ	
	麦茶を飲んでいますか	はい・いいえ	
	卵を食べたことがありますか	はい・いいえ	
	離乳食提供を希望しますか (後期食)	はい・いいえ	
		舌でつぶせる 歯茎でつぶせる 歯茎でかめる	