

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	

		続柄	電話番号	備考		1回	2回	3回	4回
保護者名	ふりがな				4月				
					5月				
	ふりがな				6月				
					7月				
兄弟	なし ・ あり(兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹)				8月				
					9月				
保護者以外の緊急連絡先	ふりがな	続柄	電話番号	備考	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)	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)	
食事	母乳を飲んでいますか	はい・いいえ	
	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	
食事	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	