

## 一時預かり 児童票及び登録書

保護者署名	平成      年      月      日
-------	-------------------------

児童名	氏名（ふりかな）		性別	生年月日	障害手帳
			<input type="checkbox"/> 男	年    月    日	<input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 女	(      歳)	<input type="checkbox"/> 有
保護者 連絡先	自宅	大和市			
	携帯				

家族の状況

氏名	続柄	生年月日	職業・学校

保育園利用にあたり、健康上または発達上、気になることをお書き下さい。

健康診断受診時の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 4 ヶ月健診 ( <input type="checkbox"/> 受診 ・ <input type="checkbox"/> 未受診 )</li> <li>・ 8 ヶ月健診 ( <input type="checkbox"/> 受診 ・ <input type="checkbox"/> 未受診 )</li> <li>・ 1 歳 6 ヶ月健診 ( <input type="checkbox"/> 受診 ・ <input type="checkbox"/> 未受診 )</li> <li>・ 3 歳 6 ヶ月健診 ( <input type="checkbox"/> 受診 ・ <input type="checkbox"/> 未受診 )</li> </ul>															
健康診断時の注意事項	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※ 有の場合は下記の項目についてもご記入下さい															
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">時期</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>内容</td> <td></td> </tr> </table>		時期			内容										
	時期															
	内容															
持病・病歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※ 有の場合は下記の項目についてもご記入下さい															
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">時期</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>病名等</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>症状</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>服薬</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 一 日 回 朝 ・ 昼 ・ 夜 )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>病院・施設名</td> <td></td> </tr> </table>		時期			病名等			症状			服薬	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 一 日 回 朝 ・ 昼 ・ 夜 )		病院・施設名	
	時期															
	病名等															
	症状															
	服薬	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 一 日 回 朝 ・ 昼 ・ 夜 )														
	病院・施設名															
障害等	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※ 有の場合は下記の項目についてもご記入下さい															
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">病名</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>症状</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>病院・施設名</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>障害者手帳</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 度 ・ 級 )</td> </tr> </table>		病名			症状			病院・施設名			障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 度 ・ 級 )			
	病名															
	症状															
	病院・施設名															
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 度 ・ 級 )														
発達・慢性的な病気についての相談	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※ 有の場合は下記の項目についてもご記入下さい															
	施設名															
	内容															
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※ 有の場合は下記の項目についてもご記入下さい															
	何に対して	卵・牛乳・小麦・そば・その他 ( )														
	病院の受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 病院 : )														
	給食から除く必要	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 給食調理が困難な場合は、自宅からお弁当を持参していただくことがあります。														