

お客様ID No. _____

記入日： 年 月 日

担当者： _____

お子様の お名前	フリガナ (愛称：)	平熱 ℃
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳 ヶ月)	
保護者様のお名前		
ご住所	〒 TEL () -	
メールアドレス		
緊急連絡先	本人との関係	連絡場所
	1	() -
	2	() -
	3	() -
ホームドクター	TEL () -	
保険証番号		

健康状態	既往歴	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 脱臼(部位) <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> けいれん(ひきつけ) <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> その他()	
	済ませた 予防接種	<input type="checkbox"/> B型肝炎(回) <input type="checkbox"/> ヒブ(回) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(回) <input type="checkbox"/> 四種混合(百日咳/ジフテリア/ポリオ/破傷風)(回) <input type="checkbox"/> BCG(回) <input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん混合) <input type="checkbox"/> 水痘(回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(回)・ <input type="checkbox"/> その他()	
	体質	<input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> その他()	
生活と習慣	乳児のみ	ミルクの種類・量	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工乳 一回の量 約()cc
		授乳間隔	()時間ごと
		授乳時に気を付ける事	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
		離乳状況	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完全食
	食事	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 量 <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 少ない 方法 <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう 偏食 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> 多い 所要時間 <input type="checkbox"/> 早い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い 特に嫌いなもの ()	
	排泄	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 手助けをすればできる <input type="checkbox"/> できない	
	睡眠	昼寝 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する 時間(時くらいから 時くらい) 寝付き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い 寝かせ方()	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 手助けをすればできる <input type="checkbox"/> できない	
	コミュニケーションの段階	<input type="checkbox"/> 言葉による <input type="checkbox"/> 行動による <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くない	
	遊び	<input type="checkbox"/> 友達とあそぶ <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶ <input type="checkbox"/> 大人と遊ぶ <input type="checkbox"/> 好きな遊び()	
くせ	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有()		
生育歴	集団教育の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(保育園・幼稚園)	
	主に保育に携わっている人 及び遊び相手	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> その他()	
	近所に友達が	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 年齢の近い子がいない	
その他	性格・性質		

※ 今回ご記入いただいた個人情報については、当社プライバシーポリシーにおいて責任を持って管理いたします。ご記入いただいた内容は、ご本人の同意を得ずに第三者に開示することはありません。

承諾書

上記の事実に相違ないことを承諾し、緊急の場合(病気・怪我など)は、スタッフの判断により、適切な処置がとられることを承認いたします。

保護者様ご氏名

印