

幼児名	ふりがな		保護者名	ふりがな		続柄
				印		
	年 月 日生			ふりがな		続柄
	男・女					
住所	〒					
	自宅TEL					— —
携帯	母 — —		父		— —	
緊急連絡先	氏 名		続柄			
	①	()	TEL	—	—	
	②	()	TEL	—	—	
	③	()	TEL	—	—	
一時保育を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 看護、介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()					
体質などについて	<input type="checkbox"/> アレルギーがある(食品 () その他 ()) <input type="checkbox"/> けいれんの経験がある (歳 ヶ月の頃) <input type="checkbox"/> 脱臼経験がある (歳 ヶ月の頃 箇所) <input type="checkbox"/> 皮膚について () <input type="checkbox"/> その他 ()					
睡眠	①くせ <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし ②寝付き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ③寝起き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ④寝かせ方 <input type="checkbox"/> 一人で <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> だっこ					
排泄	便性状 <input type="checkbox"/> 硬め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ゆるめ <input type="checkbox"/> 便秘気味 回数 1日 回 オムツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> 布オムツ <input type="checkbox"/> トイレットトレーニング中					
好きな遊び						
家庭での呼び名			体温 平熱 (度)			
備考:健診での様子等)						