

幼 児 名	ふりがな	保 護 者 名	ふりがな	続柄
			印	
	平成 年 月 日生 男・女		ふりがな	続柄
住 所	自宅☎ () -			
携 帯	父 - -	母 - -		
緊 急 連 絡 先	氏名	続柄 ()	☎	
	①	()	-	-
	②	()	-	-
	③	()	-	-
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 其他) <input type="checkbox"/> けいれんの経験がある (歳 ヶ月の頃) <input type="checkbox"/> 脱臼経験あり (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くせは、 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし ②寝つきは、 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ③寝起きは、 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ④寝かせ方は、 <input type="checkbox"/> 一人で <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ			
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 おむつ <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 布おむつ ※ <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 その他 ()			
好きな遊び				
家庭での呼び名			体温 平熱 (度)	
備考：(検診での様子など)				