|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童カード　　　　　　　入園年月日　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 児童名 | | フリガナ | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日生　（　男　・　女　） | | | | |
| 自宅住所 | | 〒 | | | | | | | | | | 自宅電話 | |  | | |
| 平熱 | |  | | | | | 血液型 | | | | | 型　RH（＋・−） | | | | |
| かかりつけ医 | | | | 病院名　　　　　　　　　科名 | | | | | | | | | 病院名　　　　　　　　　科名 | | | |
| 父の連絡先 | | | 緊急連絡順位 | | （父の名前）フリガナ    （勤務先名）  （勤務先所在地）  （勤務先電話）　　　　　　　　　　　（父携帯電話）  （勤務時間）平日　　時　　分〜　　時　　分　土曜　　時　　分〜　　時　　分  （通勤時間）　　　　　　　　　　　　　（通勤方法） | | | | | | | | | | | |
| 母の連絡先 | | | 緊急連絡順位 | | （母の名前）フリガナ    （勤務先名）  （勤務先所在地）  （勤務先電話）　　　　　　　　　　　（母携帯電話）  （勤務時間）平日　　時　　分〜　　時　　分　土曜　　時　　分〜　　時　　分  （通勤時間）　　　　　　　　　　　　　（通勤方法） | | | | | | | | | | | |
| 保護者に代る連絡先 | | | 緊急連絡順位 | | （名前）フリガナ    （勤務先名）  （勤務先所在地）  （勤務先電話）　　　　　　　　　　　　（携帯電話） | | | | | | | | | | | |
| 家族構成 | 氏名 | | | | | 生年月日 | | | 続柄 | | 氏名 | | | | 生年月日 | 続柄 |
|  | | | | |  | | |  | |  | | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  | |  | | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  | |  | | | |  |  |
| 特記すべき体質等ありましたらご記入ください  （熱性けいれん・常に服用する薬がある等） | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 今までにお薬や食べ物でアレルギー（発疹など）経験された事がありますか | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| その他、お薬で副作用を経験されたことはありますか（胃痛・便秘・頭痛・吐き気等） | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 体質で特別な事がありますか  （胃が弱い・食欲がない・疲れやすい・便秘がち等） | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | |

**※裏面に保険証のコピーと、顔写真をお貼り下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| 保険証表面 | 保険証裏面 |
| 児童の写真（最近の写真）　　※ご家庭にて普通紙で印刷されたものでも結構です | |