|  |
| --- |
| 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 |