

# 特別保育児童登録カード

児童情報	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	
	性別	男 ・ 女	教育・保育 認定区分	1号 ・ 2号 ・ 3号 ・ なし	
	在籍園名		施設等利用給付 認定区分	1号 ・ 2号 ・ 3号 ・ なし	
保護者情報	住所				
	電話番号（自宅）		電話番号（携帯）		
	父親	ふりがな 氏名			
		勤務先	電話番号		
		所在地			
		勤務日	月・火・水・木・金・土・日	勤務時間	: ~ :
	母親	ふりがな 氏名			
		勤務先	電話番号		
		所在地			
		勤務日	月・火・水・木・金・土・日	勤務時間	: ~ :
災害時等保護者以外の引取人	ふりがな 氏名				
	続柄	電話番号			
	住所				
	ふりがな 氏名				
	続柄	電話番号			
	住所				
かかりつけの病院	内科	病院名	電話番号		
		住所			
	外科	病院名	電話番号		
		住所			
	歯科	病院名	電話番号		
		住所			

保険証の写し貼付欄

乳幼児医療証の写し貼付欄

児童の状況について正確に記入してください。

●発達について	
1 首のすわり	か月頃
2 歩行開始	才 か月頃
3 知的発達の遅れがある	いいえ ・ はい
4 言葉が遅れている	いいえ ・ はい
5 目がよく見えていない	いいえ ・ はい
6 耳がよく聞こえていない	いいえ ・ はい
7 肢体不自由である	いいえ ・ はい
8 自閉的傾向がある	いいえ ・ はい
9 情緒不安定である	いいえ ・ はい
11 医療機関等に通院又は相談している (いた)	いいえ ・ はい
	医療機関の名称
	傷病名等
	通院又は通所 (週・年・月) 回
12 発達について相談している (いた)	いいえ ・ はい
	内容
	通所施設の名称
13 障害者手帳・愛の手帳を持っている	いいえ ・ はい
	障害名
	障害等級 級・度
●健康状態について	
1 平熱	度
2 アトピー性皮膚炎がある	いいえ ・ はい
	服薬 ない ・ ある
	塗布薬 ない ・ ある
3 ぜんそくがある	いいえ ・ はい
4 アレルギーがある	いいえ ・ はい
	食べ物 卵・牛乳・そば・大豆・小麦・その他 ( )
	その他
5 けいれんを起こしたことがある	いいえ ・ はい (才頃 回)
6 関節が外れたことがある	いいえ ・ はい (部位 )
7 継続して飲んでいる薬がある	いいえ ・ はい (病名 )
●検診のときに相談したこと、指摘された内容やその他気になる点があれば、具体的に記入してください。	