第４号様式（第４条関係）

年　月　日

特　別　保　育　児　童　登　録　カ　ー　ド

児童情報	ふりがな			生年月日	年　月　日
	氏名				
	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				
	父親 氏名				
	父親 勤務先			電話番号	
	父親 所在地				
	父親 勤務日	月・火・水・木・金・土・日		勤務時間	:　～　:
	母親 ふりがな				
	母親 氏名				
	母親 勤務先			電話番号	
	母親 所在地				
	母親 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　情報不安定である		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。