

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
	在 籍 園 名		性 別	男 ・ 女
利用登録済施設 予約システム	一時	子安保育園 ・ 千人保育園 ・ 津久田保育園		
	休日	元八王子保育園 ・ みなみ野保育園		
	年末	子安保育園 ・ 千人保育園		
保 護 者 情 報	住所			
	電話番号(自宅)		電 話 番 号 (携 帯)	
	保 護 者 1	氏 名		
		勤務先	勤務先 電話番号	
		所在地		
	保 護 者 2	氏 名		
		勤務先	勤務先 電話番号	
		所在地		
災害時等保護者以外の引取人	氏 名			
	続 柄	電 話 番 号		
	住所			
	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	
		所在地		
	外科	病 院 名	電 話 番 号	
		所在地		
	歯科	病 院 名	電 話 番 号	
		所在地		

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 気になること	視覚 ・ 聴覚 ・ 言語 ・ 運動能力 知的能力 ・ その他()
4 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
5 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
6 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。

--