

メールアドレス

氏 名	ふりがな	男 女	生年月日 20 年 月 日
	家庭での呼び名：		(歳 か月) 血液型

住 所	〒 世田谷区						電話	03 ()	
	マンション・アパート名								
保護者 氏名 (母)	ふりがな			携帯電話			()		
				勤務先			TEL		
保護者 氏名 (父)	ふりがな			携帯電話			()		
				勤務先			TEL		
同居家族	氏 名	続 柄	年 齢	氏 名	続 柄	年 齢			

健康状態	熱性けいれん(ひきつけ)	☐ なし ☐ あり 最近 歳 ヶ月(過去 回)けいれん時の体温(℃)		
	脱臼経験	☐ なし ☐ あり 最近 歳 ヶ月(過去 回)部位は()		
	入院経験	☐ なし ☐ あり 時期・期間 () 理由()		
	アレルギー	☐ なし ☐ あり (食品名) ☐ アナフィラキシーの経験がある (時期)		
	障害者手帳または愛の手帳はお持ちですか？	はい ()級・度 いいえ		
	発達などのことで相談をしている病院や施設はありますか？	はい 病院・施設名： 病名など： いいえ		
	健康上または発達上、気になることがありますか？			
	・首が座っている ・お座りができる ・はいはいができる ・つかまり立ちができる ・ひとりで歩行できる	☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ		
かかりつけ医	電話 ()			

