

# 託児 登録児童票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな	性別	生年月日 H 年 月 日	在籍園名
住所			電話番号
父氏名	勤務先名		電話番号（携帯）
	所在地		勤務時間
母氏名	勤務先名		電話番号（携帯）
	所在地		勤務時間

## 災害時・緊急時の引き取り者

氏名	続柄	住所	電話番号（携帯）
氏名	続柄	住所	電話番号（携帯）

## 健康状況

<input type="checkbox"/> 血液型 ( 型) <input type="checkbox"/> 平熱 ( °C) <input type="checkbox"/> 便性 (硬・普・軟 回/日) <input type="checkbox"/> 関節がはずれやすい 部位 ( ) <input type="checkbox"/> 喘息 (有・無) <input type="checkbox"/> けいれん 有 いつ頃… 無 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 (有・無) <input type="checkbox"/> アレルギー体質 ( ) その他	お家での呼び名 食事…好きな物 嫌いな物 好きな遊び 子どもの様子 ( )
---	--

かかりつけの病院名	住所	電話番号
内科		
外科		

## 特記事項

予防接種	既往歴			
	麻疹 (はしか)	才	おたふくかぜ	才
	風疹	才	突発性発疹	才
	水痘	才		