

ふりがな はびねす たろう

園児名 ハピネス 太郎

生年月日 令和〇年5月6日

血液型 □型もしくは不明と記入してください

保護者氏名 ハピネス 花子 (続柄: 母)

住所 現住所を記入してください

電話番号 ① 000-000-0000 (氏名: ハピネス 花子 続柄: 母 自宅・携帯・職場 株式会社~)

電話番号 ② 000-000-0000 (氏名: ○○○ 続柄: ○ 自宅・携帯・職場)

電話番号 ③ 000-000-0000 (氏名: ○○○ 続柄: ○ 自宅・携帯・職場)

アレルギー: 無・有(卵)

持病: 無()

常時服用している薬: 無()

かかりつけ医: ○○小児科

☆身長体重の記録 (こちらは入園後、園で記入いたします。 ↑上の太枠のみご記入下さい。)

年	4月	5月	6月	7月	8月	9月
身長	※こちらは毎月、保育園で計測後記入します。 空欄で大丈夫です。					
体重						
身長						
体重						

ふりがな

園児名

生年月日

血液型

保護者氏名 (続柄:)

住所

電話番号 ① (氏名: 続柄: 自宅・携帯・職場)

電話番号 ② (氏名: 続柄: 自宅・携帯・職場)

電話番号 ③ (氏名: 続柄: 自宅・携帯・職場)

アレルギー: 無・有()

持病: 無・有()

常時服用している薬: 無・有()

かかりつけ医:

☆身長体重の記録 (こちらは入園後、園で記入いたします。 ↑上の太枠のみご記入下さい。)

年	4月	5月	6月	7月	8月	9月
身長						
体重						
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
身長						
体重						

備考（既往歴、入院歴、大きなけが等） ※記載する際は日付を記入

※令和〇年 6月 6日 熱性痙攣を発症、救急車を呼び受診。念のため、一泊入院。

経過観察後も現在まで発症は無い。発熱の際には、注意して様子を見ている。

↑

できるだけ詳細に記載ください。

該当事項が無い場合には記載しなくて結構です。

備考（既往歴、入院歴、大きなけが等） ※記載する際は日付を記入