

第1号様式（第6条関係）

児童登録票

登録番号No. \_\_\_\_\_

年 月 日登録 記入者氏名 続柄 母・父・祖父母・その他（ ）

登録児童	ふりがな 氏名	男 女	生年月日 年 月 日 歳 か月	
	住所 〒 電話（ - - ）			
	通園・通学 施設名	未就園・（ ）一時・託児所・保育園・幼稚園・認定こども園・ 小学校		
	かかりつけ医	（ ）小児科・内科・病院（ ）先生		
保護者	① ふりがな 氏名 続柄	（ 歳） 母・父・祖父母・その他（ ）	連絡先 自宅・携帯・勤務先 （ - - ）	勤務先名
	② ふりがな 氏名 続柄	（ 歳） 母・父・祖父母・その他（ ）	連絡先 自宅・携帯・勤務先 （ - - ）	勤務先名
	③ ふりがな 氏名 続柄	（ 歳） 母・父・祖父母・その他（ ）	連絡先 自宅・携帯・勤務先 （ - - ）	勤務先名
児童の兄弟姉妹	名前	生年月日 年 月 日	病後児保育 無・有（登録番号） 子育て緊急サポート 無・有（登録番号）	予備欄
	名前	生年月日 年 月 日	病後児保育 無・有（登録番号） 子育て緊急サポート 無・有（登録番号）	
	名前	生年月日 年 月 日	病後児保育 無・有（登録番号） 子育て緊急サポート 無・有（登録番号）	
家族	上記以外に同居の家族がいる場合は記入してください。			
周産期	※この欄は、当該児童が就学前の場合のみ記入してください。 出生時体重 _____ グラム 出産前後の異常 無・有（具体的に： _____）			
今までにかかった病気	※当てはまるところに✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 水疱（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎（内服なし・毎日あり・悪化時のみ・吸入） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん 最後はいつですか _____ 歳 か月（回目）・治療（ _____ ）			
	<input type="checkbox"/> けいれん 最後はいつですか _____ 歳 か月（回目）・治療（ _____ ）			
	<input type="checkbox"/> アレルギー 無・有（原因 _____ ）			
	入院	病名	病院	月齢 歳 か月
その他	※気になること、心配なこと、好きな遊びなど			