

【1号様式】若竹子どもルーム申込書兼児童名簿（入所希望日 年 月 日）

ふりがな 児童名				生年月日		年 月 日	
現住所		〒					
TEL				メール			
保護者氏名		印		続柄			
学校名			学年	年	組	担任	先生
緊急 連絡先 （日中、 連絡の取 れる連絡 先、職場 など）	保護者名	父 ふりがな 氏名		携帯		↓緊急連絡先順位を記入して下さい。必ず連絡がつく順にしてください。	
				勤務先 TEL			
		母 ふりがな 氏名		携帯			
				勤務先 TEL			
	保護者以外	ふりがな 氏名 本児との関わり（ ）		連絡先（自宅・勤務先・携帯） 電話番号			
				連絡先（自宅・勤務先・携帯） 電話番号			
		ふりがな 氏名 本児との関わり（ ）		連絡先（自宅・勤務先・携帯） 電話番号			
				連絡先（自宅・勤務先・携帯） 電話番号			
＜家族構成＞同居人							
氏名		生年月日		本人との続柄		備考（勤務先、学校名等）	
その他						入所承諾印	年 月 日

※入所が受理できなかった場合、この書類は責任を持って破棄いたします。

# 健康調査票

提出日 年 月 日

		性別	生年月日	平熱
児童氏名		男・女	年 月 日	℃
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ●原因食品・物質名 [ ] ●植物、動物、薬、その他アレルギーがあり、検査で陽性反応 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ●アナフィラキシーショックの経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 歳 か月ごろ)			
健康記録	●現在、通院・経過観察中のケガや病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (傷病名: ) ●これまでの大きなケガや病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (傷病名: ) (いつごろ ) ●日常生活 <input type="checkbox"/> 1. 支障なし <input type="checkbox"/> 2. 配慮が必要 <input type="checkbox"/> 3. 支援が必要 ( 2. 3. の場合、具体的にどのような配慮、支援が必要ですか ) ●運動制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 「あり」場合、具体的にどのような運動制限が必要ですか? ) ●常用している薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 「あり」…どのような薬ですか? ) ・お子さん自身で服用できますか? <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 促しが必要			
保育参考	お子さんの性格を教えてください。  お子さんはどんな遊びが好きですか。			
かかりつけ医	小児科:		眼科:	
	耳鼻科:		整形外科:	
	皮膚科:		その他:	
その他				