

以下、□欄には該当項目にレ印を記入してください。

## 児 童 登 録 票

記入日 令和 年 月 日		記入者氏名 _____				
(フリガナ) 児童氏名	( )  (愛称: )	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	平成・令和 年 月 日生 ( 歳 か月)		
住所	札幌市 区	電話				
保育状況	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> その他保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 自宅					
	施設名: _____					
家 族 の 状 況	(フリガナ) 氏 名	続柄	年齢	勤務先名 (通学先名)	勤務先住所 (通学先住所)	勤務先電話 (通学先電話)
	( )					
	( )					
	( )					
	( )					
	( )					
緊急時の 連絡先	①氏名: (続柄: )		連絡先名: _____		電話: _____	
	②氏名: (続柄: )		連絡先名: _____		電話: _____	
	③氏名: (続柄: )		連絡先名: _____		電話: _____	
健康保険証番号	記号: _____	番号: _____	保険者番号: _____			
お子さんのことを詳しくうかがいます(母子手帳などに基づいてご記入ください。)						
出産状態と乳幼児期の 発達	在胎 ( ) 週 出生時体重 ( ) ㌔ 分娩時の異常: 有・無 首のすわり ( ) か月頃 おすわり ( ) か月頃 ひとり歩き ( ) か月頃 言葉のはじまり ( ) か月頃					
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG ( 年 月) <input type="checkbox"/> ポリオ ( 年 月) <input type="checkbox"/> 三種混合 ( 年 月、 年 月、 年 月) <input type="checkbox"/> MRワクチン (麻しん・風しん) ( 年 月、 年 月) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう ( 年 月) <input type="checkbox"/> おたふく ( 年 月) <input type="checkbox"/> その他 ( . 年 月、 . 年 月、 年 月)					
今までかかった 感染症	<input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> しょうこう熱 <input type="checkbox"/> B型肝炎 (キャリアーを含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )					

≪裏面もご記入ください≫

