

以下、□欄には該当項目にレ印を記入してください。

(初回のみ) 3/31まで有効

① 児童登録票

ハグテラス リーブル

(フリガナ) ()		(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						電話番号
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 (通学先名)	(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()kg 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 (実施済みに チェック)	●インフルエンザ菌b型 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 ●小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 ●B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回●ロタウイルス <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回●四種混合 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 ●BCG <input type="checkbox"/> 1回●麻しん風しん <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回●水痘 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> その他()					
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()					

《裏面もご記入下さい》

