

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) ( )		□男 □女		生年 月日	平成・令和 年 月 日生 ( 歳 か月)	
氏名		(愛称: )				
住所				電話番号		
保育状況		□小学校 □認可保育所 □その他保育施設 □幼稚園 □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□1回□2回□3回□追加 ●小児肺炎球菌□1回□2回□3回□追加 ●B型肝炎□1回□2回□3回●ロタウイルス□1回□2回□3回●四種混合□1回□2回□3回□追加 ●BCG□1回●麻しん風しん□1回□2回●水痘□1回□2回 □その他( )					
今までかか った 感染症	□麻しん □ポリオ □風しん □突発性発しん □水ぼうそう □おたふく風邪 □百日せき □しょうこう熱 □B型肝炎(キャリアーを含む) □その他( )					

《裏面もご記入下さい》

