

令和 年度 児童票

ふりがな				性別	男 ・ 女			
氏 名				電話番号	— —			
生年月日	年	月	日					
住 所	西伊豆町							
学校・学年	小学校 年							
家 族 構 成	父	ふりがな			勤務時間			
		氏 名			勤務先電話			
		勤務先名			勤務先住所			
	母	ふりがな			勤務時間			
		氏 名			勤務先電話			
		勤務先名			勤務先住所			
	その他家族 及び同居人	氏 名	年齢	続柄	勤務先及び在学(園)名			
緊急連絡先 ※電話が繋がらない場合、 勤務先にお電話する場 合があります		① 氏名		電話番号				
		② 氏名		電話番号				
利用日 ○をしてください		月	火	水	木	金		
		土		※土曜日の利用は前月の20日までに予約してください				
		長期休暇中のみ						

習い事など		種類	曜日	時間		
				: ~ :		
				: ~ :		
病歴・健康状態・かかりつけ医院等	麻疹（はしか）	かかった・かかってない	予防接種	した・しない		
	水痘（みずぼうそう）	かかった・かかってない	予防接種	した・しない		
	おたふくかぜ	かかった・かかってない	予防接種	した・しない		
	風疹（三日はしか）	かかった・かかってない	予防接種	した・しない		
	その他既往歴	無・有（ ）				
	アレルギー等	無・有（ ）				
	その他特記事項					
	かかりつけ医院	内科				
外科						
健康保険証	名称	記号	番号			
血液型	型	平熱	°C			
(クラブまでの略図)			家族からの連絡事項 ・健康状態で気になること、配慮してほしいこと ・支援員に知っておいて欲しいこと			