

フリガナ			性別 Sex	血液型 Blood type	年齢 Age
幼児氏名 Child's name			1: 男 Male 2: 女 Female		Y M First / Second / Third child
住所 Address			Home phone	生年月日 Date of birth	
Please fill out unless two contacts / Please assign a order to call / Workplace information required					
保護者氏名	母親 Mother's name	電話番号(母親) Phone number(mother)	勤務先 Workplace		
		<input type="text"/>	勤務先TEL Workplace number		<input type="text"/>
	父親 Father's name	電話番号(父親) Phone number(father)	勤務先 Workplace		
		<input type="text"/>	勤務先TEL Workplace number		<input type="text"/>
保護者以外の緊急連絡先 Emergency contact	氏名 Name	住所 Address			関係 Relationship
		電話番号 Phone number	<input type="text"/>		
職員記入欄	承認 有・無 ( ) 出産 有・無 ( ) 予防 有・無 ( ) 福祉 有・無 ( ) 保険 有・無 ( )	不要の場合× ポイントカード 日記	備考		

  

● 心身障害 Physical handicaps	Yes	・	No	( )
● 健診等で何か指摘されたことがありますか Has your child ever been diagnosed by a doctor for a medical condition?	Yes	・	No	( )
● 体質的なもので何か注意すべきことはありますか Is there any other health issue we should be aware of?	Yes	・	No	( )
● 体温 Temperature 平熱 normal temperature _____℃ 熱性けいれんを起こしたことがありますか。 Has your child experienced epileptic seizures?	Yes	・	No	
いつ頃 When ( ) 最近の状態 Recent condition ( )				
● アレルギー Allergies	Yes	・	No	
● アナフィラキシー Anaphylaxis	Yes	・	No	
アレルギー・アナフィラキシーの原因となる物 Allergy cause ( )				
症状 Signs and Symptoms ( )				
1: 完全にだめ Cannot eat any food which contains allergens				
2: 加熱・加工してあれば大丈夫 It is ok to eat heated or processed food				
▶誤って食べてしまった場合の対応 How should we do if your child ate allergies by mistake?				
( )				
※できるだけ詳しくご記入ください。 * Please fill in as much details as you can.				
● 予防接種 Vaccination Please put a check mark as applicable.				
<input type="checkbox"/> 4種混合 DPT-IPV (once / two times / three times / addition)	<input type="checkbox"/> B型肝炎 Hepatitis B (once / two times)			
<input type="checkbox"/> おたふく Mumps	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) Measles	<input type="checkbox"/> ロタウイルス rotavirus (once / two times / three times)	
<input type="checkbox"/> 風しん(三日はしか) Rubella	<input type="checkbox"/> 水疱瘡 Chicken pox	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 Japanese encephalitis		
<input type="checkbox"/> ヒブ Hib (once / two times / three times)	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 Pneumococcus (once / two times / three times)			
● 病歴 Case history	<input type="checkbox"/> おたふく Mumps	<input type="checkbox"/> 水疱瘡 Chicken pox	<input type="checkbox"/> はしか Measles	<input type="checkbox"/> 風しん Rubella
● かかりつけ病院 Family doctor ( )				
Phone number ( )	Doctor ( )			
● 食事 Meal 該当するものにチェックをしてください Please circle the applicable section.				
1: 一人で食べることができる Can eat alone	2: 介助が必要である Needs help	3: なにもできない Must be fed		
● 授乳方法 Nursing	<input type="checkbox"/> 母乳 Mother's milk	<input type="checkbox"/> 粉ミルク		
ミルク Milk powder	授乳回数 number of times	_____ per day		
( 間隔 every _____ hours ) / amount _____ cc	<input type="checkbox"/> 寝る時のみ Only before sleeping			
● お昼寝 Nap	Yes	・	No	
( 何時間頃 About what time _____ 何時間 _____ hours )				
● 排泄 Toilet training	<input type="checkbox"/> オムツ in diapers ( 持参 Bring diapers )	<input type="checkbox"/> ゆうび Use dippers in Yubi )	<input type="checkbox"/> トレーニング中 being trained	
<input type="checkbox"/> 介助が必要 Needs help	<input type="checkbox"/> 寝る時のみオムツ in diapers only sleeping			
保育上注意してほしいこと Please fill in any additional information relevant to your child				
どこで知りましたか? How did you learn about us?				
<input type="checkbox"/> タウン誌 Town magazine	<input type="checkbox"/> 市役所による紹介 Introduction from City Hall	<input type="checkbox"/> 看板 Saw a sign board	<input type="checkbox"/> ホームページ Web site	
<input type="checkbox"/> 知人紹介 Introduction from your friend ( Name: _____ )				
<input type="checkbox"/> その他 Other ( _____ )				
SNS掲載 Can we post your child's photo in blog or SNS? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 都度確認 Ask me every time				