

一時保育 登録票

S.Y.G Kram-Skolan

ふりがな		男 女	生年月日	満	歳	か月
園児名			平成	年	月	日
住所						
緊急連絡先 ①	続柄 () ※必ず連絡が取れるようにして下さい	緊急連絡先 ②	続柄 () ※必ず連絡が取れるようにして下さい			
健康・ 発育状況	アレルギーの有無	なし あり ()				
	健康状態	普通	良好	不調	「健康面・身体面での留意点」	
		1歳～1歳6か月頃		1歳6ヶ月～2歳頃		3歳頃
		<ul style="list-style-type: none"> ・ハイハイをする <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・つかまり立ちをする <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・話しかけるような声を出す <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・人見知りをする <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・おいで、ちょうだい等がわかる <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 		<ul style="list-style-type: none"> ・転ばずにひとりで上手に歩く <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・名前を呼ぶと振り向く <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・簡単な言葉がわかる <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・周囲の人や物に関心を示す <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・「マンマ」等の単語を3語以上話す <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・なぐり描きをする <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 		<ul style="list-style-type: none"> ・走ることができる <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・真似て丸を描く <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・2つ以上の単語を続けて話す <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・友達と一緒に遊ぶ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・極端に落ち着かず動き回る <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・自分の名前が言える <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ
市の 検診状況	4か月検診	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けない	1歳6か月検診	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けない
	10～11か月検診	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けない	3歳6か月検診	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けない
かかりつけ医	TEL					
健康保険証種類 及び記号番号						

保護者名

印