

<記入例> 令和 ○年度

手賀沼 小学童保育室

No. 児童台帳

令和 ○年 3月10日

住所	我孫子市寿▲-○○-▲◇▲			電話	04-71△△-●□▲◇			
入室児童	(ふりがな) あびこ たろう		男	生年月日	普通学級・支援学級			
	我孫子 太郎		女	H29・8・2	1 学年			
	就学前の保育方法(一年生のみ記入)		<input checked="" type="checkbox"/> 保育園 (寿) 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 () 幼稚園 <input type="checkbox"/> 自宅保育					
保護者	(ふりがな) あびこ たいぞう		生年月日		続柄	父		
	我孫子 泰造		S58・11・28					
お迎え者 (保護者以外)	(ふりがな) あびこ しずえ		児童との 関係	父方 祖母	電話 番号	携帯	090-△△●●-■○○□	
	我孫子 しずえ					自宅・会社	04-71○○-□□□□	
お迎え者 (保護者以外)	(ふりがな) あびこ いちろう		児童との 関係	父の 兄	電話 番号	携帯	080-◎□▲○-△□□●	
	我孫子 一郎					自宅・会社	04-71○○-△□○○	
お迎え者 (保護者以外)	(ふりがな) ちば はなこ		児童との 関係	母の 友人	電話 番号	携帯	090-○○△□-■▲◎◎	
	千葉 花子					自宅・会社	04-71◇◇-○○□□	
児童について	食物アレルギーの有無 (どちらかを○で囲んでください)			有・無	平熱	36度 2分		
	※上記の「アレルギー」で「有」に○を付けた方は、別紙「食物アレルギー調査票」に詳細を記入後提出してください。							
	その他、スタッフに伝えたい事や注意が必要があれば、お書きください。 ※既往症や使用してはいけない医薬品、服用中の薬がある場合は、必ず記入してください。							
	健康保険証の種類		(社保) ・ 国保 ・ その他()			※該当を○で囲んでください		
	記号	△△○	番号	□○○○	保険者番号	△○○◇△□□○		
かかりつけ医	小児科/内科	△△△ 小児科			電話	04-71○○-△○○○		
	外科/整形外科	○○○ 整形外科			電話	04-71○■-△□□○		
	眼科	□□□ 眼科			電話	04-71○◇-▲○○■		
	歯科	●●● 歯科医院			電話	04-71△△-○■◇△		
	その他	◇◇◇ 耳鼻咽喉科			電話	04-71●○-■▲◇○		

裏面も忘れずに記入ください

自宅から学童保育室までの略図(通室経路は朱書)

