

★アレルギーのあるお子さまは、前もって利用する施設に連絡をお願いします。

児童連絡票（休日保育用）

記入日 年 月 日

保育所名 こども園名 幼稚園名	(在籍中の人は記入して下さい)		
ふりがな	性別	生年月日	年齢
児童名	西暦	年 月 日	
ふりがな	住所		
保護者名	自宅TEL		
緊急連絡先	①名前	続柄 () TEL	
	②名前	続柄 () TEL	
健康面等で知っておいてほしいこと			
・健康面 ()			
・アレルギー (有・無) () ※食物アレルギー指示書が必要です。			
・脱臼 (有・無) (部位:)			
・熱性痙攣 (有・無) (回・ 歳の時に °Cでひきつけた・ °Cで連絡をする)			

かかりつけの病院		保険証の種類	
内科		記号	番号
(TEL)			
外科		被保険者名 (世帯主)	
(TEL)		被保険者の住所	
迎えに来る人	児童との続柄		
	名前		番号
	TEL		名称
		発効期間 (都道府県・保険者)	

1歳になったばかりの子・・・ (きざみ必要・不要)

食材確認： 牛乳・豚肉・スパゲッティ・寒天・ゼラチン・リンゴ
ぶどうジュース(100%)・バナナ・柑橘類・桃缶・パイン缶

※食材確認の欄の食べ物が食べられる物を、○で囲んで下さい。