

児童氏名 ()

アレルギーに 関して	薬 なし ・ あり ()			
	食物 なし ・ あり ()			
	その他 なし ・ あり ()			
健康状態などにつ いて連絡したいこ とや特にお願いし たいこと				
出席希望日・習い 事等について (曜日・時間等)				
保険証の種類	社保 ・ 国保 ・ その他 () 記号[] 番号[]		平熱	度
かかりつけの 医院	内科	医院名 電話	歯科	医院名 電話
	外科	医院名 電話	眼科	医院名 電話
緊急連絡先	よみがな 氏名	続柄	(勤務先名) 勤務先電話番号	携帯電話番号
			()	
			()	
			()	
自宅付近の略図	宝塚仏光放課後児童クラブからの帰宅通路を矢印で、公共施設等目標物も記入してください。			