

ふ り が な 児 童 氏 名				年 月 日生		
被保険者証記号番号						
世 帯 構 成 員	氏 名	児童との 続 柄	生年月日	勤務先 (TEL)		
児童の 就学状況	幼稚園・保育所 小・中・高	園 校	年			
児 童 の 健康状態等	健康状態 (強健・普通・病気がち) 既往症 (有 [病名:]・無) 服 薬 (有・無) アレルギーの有無 (有 []・無) その他の特記事項等 ()					
日常生活の 状 況 等	寝 起		すぐ起きる	排 泄		排尿自立
			すぐ寝つく			排便自立
			熟睡できる			夜尿がある
	着 脱 衣 等		着衣できる		夜便所に行く	
			脱衣できる	食 事		偏食の有無
			洗髪できる			量 (多・普通・少)
	洗面できる		速度 (早・普通・遅)			
性格・癖・興味のあること 等留意すべき事柄を記入 して下さい。						