

お子さんの健康状態<問診票>

天理市立南保育所

ふりがな 氏名	愛称		男・女	生年月日	年 月 日 () 歳児
保護者名		現住所	電話 緊急電話		
家族構成	氏名	続柄	生年月日	勤務先(学校)	
今までにかかった病気	麻疹(はしか)	歳 ヶ月	おたふくかぜ	歳 ヶ月	かかりやすい病気
	百日咳	歳 ヶ月	りんご病	歳 ヶ月	
	水ぼうそう	歳 ヶ月	手足口病	歳 ヶ月	いままでにかかった大きい病気・けが
	風疹	歳 ヶ月	肺炎	歳 ヶ月	
	気管支炎	歳 ヶ月	消化不良	歳 ヶ月	アレルギー
	外耳炎	歳 ヶ月	小児ぜんそく	歳 ヶ月	
食事					
排泄					
睡眠					
備考	◎認可保育施設の入所申請について (有 ・ 無)				
かかりつけの医院名			平熱		
上記のとおり相違ありません。					
			年 月 日	保護者氏名	