

	ふりがな	男 女	生年月日	月 齢	呼び名・愛称
子どもの氏名			年 月 日	ヶ月	

会員番号		ふりがな	住 所
おねがい会員の氏名			自宅TEL(FAX)
			携帯TEL
			E-mail

緊急連絡先	父勤務先 母勤務先 父携帯 実家 その他 ( 氏名 : )
	TEL :
	携帯 :
	E-mail:

母乳	ミルク	混合	離乳食
1日 回	時間おき		前 中 後 完了
1回の量 ml.			時 時 時 ml.
			食後のミルク 有 無

自宅での1日の様子 ( 母乳 or ミルク・睡眠等 )																							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

健康面	血液型	かかりつけの医師・病院
アレルギー……有 無 ( )		
熱性けいれん……有 無		
その他既往歴……有 無 ( )		

保育園名 クラス名	ふりがな
TEL	担任氏名

預かりの際の留意点・伝えておきたい事等

※ ご記入にあたって、不明な点はファミサポまでご連絡ください  
 ※ 退会の際は、事務局に返却をお願いいたします。