

	ふりがな	生年月日	月齢	呼び名・愛称
子どもの氏名		平成 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 1回の量	回 ml.	時間おき	前 中 後 完了 時 時 時 食後のミルク 有 無 ml.

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