

児童の状況連絡票

年 月 日

ふりがな 児童名	男 女 (歳)		生年月日		年 月 日
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		
			TEL ;	-	-
利用の理由	<input type="checkbox"/> 保護者の疾病 <input type="checkbox"/> 育児ノイローゼ <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ()				
利用期間 (利用申請時のみ記載)	年 月 日～		年 月 日		
児童の 就学等の状況	保育所・幼稚園・学校等の名称 () 学年等 ()				
児童の健康 状況等	健康状態 (健康・病気がち)				
	既往症	有 (病名 ;) 無			
	服薬	有 (薬の名前 ;) 無			
	アレルギー	有 () 無			
	その他の特記事項 ()				
家庭状況	生活保護・住民税非課税・母子家庭・父子家庭・一般世帯				
被保険者証	社保・国保・その他	記号		番号	
区分	ショートステイ・トワイライトステイ (夜間) ・トワイライトステイ (休日)				
備考					