

複合子ども福祉施設 MY PLACE 個人情報カード

必ずすべて記入してください。

記 入 日	年 月 日				
フリガナ			性別	男・女	
氏 名			血液型		
生 年 月 日	年 月 日		平熱 温度		
小 学 校 名 ・ 学 年	学校名：		学年：		
児発・放デイの方は記入してください		障害の種別			
フリガナ				続柄	
保 護 者 名					
住 所	〒 -				
連絡先	自宅		携帯		
緊 急 連 絡 先	氏名	続柄	電話番号 ※職場でも可		
	①				
	②				
	③				
児 童 の 家 庭 状 況	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校（学年）	勤務先の連絡先

氏名

利用種別	通常利用 ・ 単日利用 ・ 長期休暇利用
アレルギー	無 ・ 有 ※有の場合は下記に具体的にご記入下さい。
既往症・持病	無 ・ 有 ※有の場合は下記に具体的にご記入下さい。
日常的な医療行為	無 ・ 有 ※有の場合は下記に具体的にご記入下さい。
特記事項	その他気になる症状や、保育時に注意することがありましたらご記入下さい。
かかりつけ医	

お子さまの事を教えてください	長所	
	短所	
	好きな事	
	得意な事	
	苦手な事	
	好きな食べ物	
	嫌いな食べ物	
	その他スタッフに伝えておきたいこと	