

兒童生活調查票

アレルギーはありますか？ ない ・ ある ()		
症状や対処方法など：		
その他の病気、またはかかりやすい病気はありますか？ ない ・ ある		
病気名：		
症状や対処方法など：		
かかりつけの病院		
病院名：	小児科	TEL () - () - ()
病院名：	病院	TEL () - () - ()
お子様の長所：		
短所：		
好きな遊び：		
特記事項：		

家 族 状 況

[illegible]

*迎えに来る方について

- ◎迎えに来る方（ 父 ・ 母 ・ その他（ ） ）
 ◎通勤手段（ ）
 ◎通勤所要時間（ ）分
 ◎勤務時間（ 時 分 ～ 時 分まで ）
 ◎迎えの時間（ 時 分）ごろ