

太枠の中をご記入ください

記入日 R 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日
お名前			H・R 年 月 日生
ご住所	〒 () -		
ご連絡先	携帯番号 (母・父・)	ご自宅の電話番号	
	()	()	

1、お子さまの出生歴

出生体重	g (週)	生まれた病院	産・病・ク・助
出生時の異常	ない・ある	ある方は、ご記入ください	

2、兄弟・姉妹 はいらっしゃいますか **いない** ・ **いる**

いない方 → 第1子にお名前をご記入ください

いる方 → ご本人を含め下記にご兄弟・姉妹のお名前(苗字無)と生年月日のご記入をお願いします

第1子		男・女	H・R	年	月	日生	No'
2		男・女	H・R	年	月	日生	No'
3		男・女	H・R	年	月	日生	No'
4		男・女	H・R	年	月	日生	No'
5		男・女	H・R	年	月	日生	No'

3、通園・通学されている園名・校名

幼・保・小・中	通っていない
保育園に通園している方 → 土曜日は、登園・お休み・不定 (いずれかに○)	

4、お子さまについて

食物アレルギー はありますか	ない・ある	食品名
薬に対するアレルギー はありますか	ない・ある	薬剤名
熱性けいれん (ひきつけ) はありますか	ない・ある	けいれんした日、年齢をご記入ください ご家族の熱性けいれん既往歴 (父・母・)

5 1ヶ月健診の方(※阿部産婦人科でご出産された方のみ)

阿部産婦人科での母親学級に参加されましたか **参 加** ・ **不参加**