託　児　資　料（健診時一時お預かり用）

ご利用日時　　年　　月　　日　　：　　～　　：

保護者氏名	
住　所	
ご自宅電話	

お子さま

（ふりがな） お名前	愛称
生年月日	年　　月　　日（　　歳　　ヶ月）
性　別	男　・　女
排　泄	紙おむつ　・　自　立
日常の保育	家庭内　・　保育園　・　幼稚園
好きな遊び	
普段のお昼寝	有（　：　～　：　）　・　無
寝るときの癖	
健康面等	アレルギー　有　・　無 （有の場合、何に対して） 常時服用している薬　有　・　無 （有の場合、薬の名前）
	平　熱　　℃
当日の緊急連絡先	戸塚共立メディカルサテライト健診センター　045-869-4605

その他、保育する上で注意する事など（例えば・・脱臼等）

戸塚共立メディカルサテライト
電話番号：045-869-4605　FAX：045-869-4603