



フェイスシート

会員No. _____

入会申込日 年 月 日

コーディネート _____

〒

自宅住所 _____ 建物名 _____ 号室 _____

自宅 TEL

FAX

保護者氏名 (ふりがな)	続柄	生年月日 (西暦)	勤務先名	勤務先 TEL
①		. .		
携帯電話番号		携帯 E-mail		
②		. .		
携帯電話番号		携帯 E-mail		

ふりがな お子様のお名前	(男・女)		(男・女)		
愛称					
生年月日	西暦 年 月 日 (才 ヶ月)	西暦 年 月 日 (才 ヶ月)			
出産時の状況	正常・帝王切開 母乳・混合・ミルク	g	正常・帝王切開 母乳・混合・ミルク	g	
既往症 およびケガ					
かかりつけの 病院	TEL	診察券No.	TEL	診察券No.	
健康保険証	記号	番号	記号	番号	
	保険者名称		保険者名称		
乳幼児医療証	負担者番号	受給者番号	負担者番号	受給者番号	
知っておいて ほしいこと					
保育園・幼稚園 小学校など	名称	名称		組	
	住所	住所			
	TEL	TEL			
家族構成 (ペットも含む)	年齢	続柄	氏名	年齢	続柄
氏名					

自宅最寄り駅 or 停留所名: _____

災害時緊急避難場所: _____