

## 子育て支援施設（ゆりかご）使用者カード

氏名（本人）	生年月日 昭和・平成 年 月 日（ 歳）	職業
住所 〒 —	電話 ( ) —	
帰省先（上田市・長和町・青木村・坂城町・嬭恋村の住所の方を記入）		
〒 —	電話 ( ) —	

### ●緊急連絡先【必ず2人以上記入してください】

①	氏名	続柄	勤務先	電話
				( ) — 携帯
				( ) — 携帯

### ●同居のご家族

氏名	続柄	年齢	性別	勤務先（学校・園名等）	備考

利用者本人の体調・お薬など

血液型： 型 RH ( ) 輸血歴： 無・有 ( )

アレルギー 薬剤： 無・有 ( ) 食べ物： 無・有 ( )

現在飲んでいる薬： 無・有 ( )

既往歴：今までに治療を受けたものに○を付けてください。

心疾患 ・ 肝臓疾患 ・ 高血圧症 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ てんかん

その他： ( ) ・ 特になし

お子さんについて

授乳：母乳・混合・ミルク・その他 ( )

出産方法：自然分娩・帝王切開・その他 ( )