



Today's Date 記入年月日	2024 年 Month 月 Date 日	Gender 性別	<input type="checkbox"/> M 男児 <input type="checkbox"/> F 女児	
Child's Name 氏名	フリガナ	Date of Birth 誕生日	Y 年	M 月 D 日
Nationality 国籍		Language / 言語		
Address 住所	〒	E-mail Address	a)	
Telephone 自宅電話番号			b)	
About Guardian(Emergency Contact) 保護者(緊急連絡)				
Guardian's Name 保護者の名前	フリガナ	Company Name and Position 会社名と部署・役所名		
Relationship 続柄		Company Address 会社の住所		
Mobile 携帯番号		Company Tel 会社電話番号		
About Guardian(Emergency Contact) 保護者(緊急連絡)				
Guardian's Name 保護者の名前	フリガナ	Company Name and Position 会社名と部署・役所名		
Relationship 続柄		Company Address 会社の住所		
Mobile 携帯番号		Company Tel 会社電話番号		
Name of another school if she/he is attending 園児が別に通っている学校名		Name of Sibling's (Relationship) 兄弟氏名(続柄)	Date of Birth 誕生日	School Attending 在学名
Emergency Contact(besides Guardians) / 緊急連絡先(保護者以外)		.		
Name 氏名	フリガナ	.		
TEL 電話番号		.		
Relationship 続柄		.		
About your child お子様について				
Relationship with Rehabilitation Institutions 療育機関との関わり	Normal Body Temperature 平熱	Worries about your child's mental and physical development お子様の心身の発達で心配なこと		
Yes はい / No いいえ / 検討中 Name 療育機関名 ()				
Do you have any allergies to food, animals and plants? 食物・動植物等のアレルギーはありますか?		Yes はい / No いいえ		
Types of Allergies アレルギーの種類(食物・動植物など)		Anaphylaxis Experience アナフィラキシーの経験	Yes ある / No なし	
Name of Medication 処方されている薬の名前		EpiPen エピペンの有無	Yes ある / No なし	
Additional Information その他アレルギーについて伝えたいこと				
Name of Clinic かかりつけの医院		Contact Number 医院の電話		

健康保険証・乳児医療証の写しをお貼りください。

Please attach a copy of
your child's health insurance card and infant medical care card, or ID.