

一時保育利用登録申込書

平成 年 月 日 申込

登録NO _____

項目の□部分には✓(チェック)をしてください

保護者 名前	ふりがな	連絡先	固定電話	-	-
			携帯電話	-	-
住所	〒				

下記のとおり、中川小桜愛児園への一時保育利用登録を申し込みます。

お子様 名前	ふりがな				生年 月日	平成 年 月 日				
	呼び名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申込時の月齢 歳 ヶ月						
既往歴	疾患名	麻疹	水痘	風疹	おたふく	今までにかかったその他の病気・ケガ				
	罹患年齢									
健康 状態	平熱	℃くらい		アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食品名				
	脱臼	<input type="checkbox"/> 有 (部位) <input type="checkbox"/> 無				ぜんそく	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	けいれん	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 発熱時 <input type="checkbox"/> 熱なし *回数 回 *直近発生日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無								
	健康上、特に留意してほしいこと									
	かかりつけ医				電話	- -				
食事	食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし								
	飲み方	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> マグ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> その他()								
	好きな物				嫌いな物					
食事で気になること										
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 睡眠時のみオムツ									
睡眠	<input type="checkbox"/> ひとりで寝る <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 抱っこで <input type="checkbox"/> おんぶで <input type="checkbox"/> その他()									
家庭での 遊び										
その他										

緊急 連絡先	第1番	名前		続柄		電話番号	-	-
	第2番	名前		続柄		電話番号	-	-
	第3番	名前		続柄		電話番号	-	-