

一時保育登録書

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	クラス	連絡先	固定電話	—	—
				携帯電話	—	—
住所	〒					

下記のとおり、たまプラーザ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	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"/> 箸					
	飲み方	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> マグ <input type="checkbox"/> ストロウ <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 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> その他()						
家庭での 遊び							
その他							

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