

# 児童票

	登録日	面談者	PC入力	確認者
一時あずかり	H 年 月 日		/	/
トワイライトステイ	H 年 月 日		/	/
ショートステイ	H 年 月 日		/	/

会員番号( )			
児童	ふりがな	男・女 平成 年 月 日生	
	氏名	愛称( ) 才 ヶ月	
	所属:( ) 保・幼・小学 年生	家族: 父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹	
	住所 〒	TEL:	
児童写真 大きさ 4×4cm  写真の裏に ①会員番号 (もしくは生年月日) ②お子様のお名前 をご記入ください			
保護者	ふりがな	ふりがな	
	氏名 (職業: )	氏名 (職業: )	
	続柄( ) S・H 年 月 日生	続柄( ) S・H 年 月 日生	
	住所(児童と異なる場合)		

健康状態	<input type="checkbox"/> かかりつけ病院名・かかりつけ医:		<input type="checkbox"/> 健康保険証: 記号 番号	
	TEL:		<input type="checkbox"/> 子ども医療証 受給者番号:	
	<input type="checkbox"/> 平熱 ( °C)		<input type="checkbox"/> 母子健康手帳:	
	<input type="checkbox"/> よくかかる病気: なし・あり( ) <input type="checkbox"/> 食事以外のアレルギー: なし・あり( ) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん: なし・あり(今まで 回 →いつ頃 才 ヶ月) <input type="checkbox"/> 既往歴: 突発性発疹・中耳炎・肺炎・喘息・脱臼・無熱性けいれん(ひきつけ) 川崎病・その他(入院・手術など )		<input type="checkbox"/> 予防接種: ヒブ・小児肺炎球菌・四種混合・BCG・混合MR(麻疹・風疹)・水痘(水ぼうそう)・ 日本脳炎・HPV・B型肝炎・ロタウイルス・おたふくかぜ・インフルエンザ	
食事	<input type="checkbox"/> アレルギー: なし・不明 あり( )		<input type="checkbox"/> 母乳: 時間間隔 <input type="checkbox"/> ミルク: 1回( cc) 時間間隔 <input type="checkbox"/> 離乳食: 1日 朝・昼・夜	
	<input type="checkbox"/> 好きな食べ物: <input type="checkbox"/> 量: 多い・普通・少なめ			
	<input type="checkbox"/> オムツ・パンツ <input type="checkbox"/> 便の回数: 1日 回 ※便秘 なし・あり( )			
睡眠	<input type="checkbox"/> 昼寝を しない・する( 時 分 ~ 時間)( 時 分 ~ 時間)			
	<input type="checkbox"/> 寝るときのくせ: 添い寝・1人寝・おんぶ・抱っこ・その他( )			
<input type="checkbox"/> 好きな遊び・玩具など:		<input type="checkbox"/> 言語: 日本語・英語・その他( ) <input type="checkbox"/> 保護者以外にあずけた経験 有・無 ある場合 祖父母・保育園・友人・その他( ) 週・月 回・時々・まれに <input type="checkbox"/> 宿泊経験 有・無		
<input type="checkbox"/> Pokke利用にあたり、配慮してほしいこと・心配なこと:				
備考: <input type="checkbox"/> 利用希望 → 日にちが決まっている・近々使いたい・念のため				

## 同意書

私は、みなと子育て応援プラザPokkeの保育利用案内の内容を承認の上、利用料金とキャンセル料金の支払いについて同意します。

平成 年 月 日

氏名