

児 童 票

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

会員番号()		男・女	平成・令和	年	月	日生	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
ふりがな		愛称()		才	ヶ月		
氏名		家族: 父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹		TEL:			
所属:()保・幼・小学 年生		住所 〒		(マンション等にお住まいの場合、マンション・建物名+部屋番号までご記入ください)			

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()	

食 事	<input type="checkbox"/> 食事以外のアレルギー: なし・あり()	<input type="checkbox"/> 母乳: 時間間隔
	<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"/> ミルク: 1回(cc) 時間間隔
	<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"/> 離乳食: 1日 朝・昼・夜
	<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・ロタウィルス・おたふくかぜ・インフルエンザ	

排 泄	<input type="checkbox"/> オムツ・パンツ	<input type="checkbox"/> 好きな遊び・玩具など:
	<input type="checkbox"/> 便の回数: 1日 回 ※便秘 なし・あり()	<input type="checkbox"/> Pokke利用にあたり、配慮してほしいこと・心配なこと:

睡 眠	<input type="checkbox"/> 昼寝を しない・する(時 分 ~ 時間) (時 分 ~ 時間)	<input type="checkbox"/> 言語: 日本語・英語・その他()
	<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"/> 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"/> 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。

令和 年 月 日

氏名