

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
児童	ふりがな	氏名		愛称()		才 月	
	所属()	保・幼・小学・中学		年生		家族：父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹	
	()	学童クラブまたは放課GO→		TEL：			
	住所 〒 <small>(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)</small>						
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	
	<input type="checkbox"/> 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"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 食事以外のアレルギー： なし ・ あり()		<input type="checkbox"/> 川崎病・その他(入院・手術など)		
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん： なし ・ あり(今まで 回 →いつ頃 才 月)		<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		
食事	<input type="checkbox"/> アレルギー： なし ・ 不明		<input type="checkbox"/> 母乳： 時間間隔	
	<input type="checkbox"/> 好き()		<input type="checkbox"/> ミルク：1回(cc) 時間間隔	
	<input type="checkbox"/> 好きな食べ物：		<input type="checkbox"/> 離乳食：1日 朝・昼・夜	
<input type="checkbox"/> 量：多い・普通・少なめ				
排泄	<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"/> Pokke利用にあたり、配慮してほしいこと・心配なこと：		<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		
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