

	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		/	/

# 児童票

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 ヶ月	
	所属( ) 保・幼・小学・中学 年生 ( ) 学童クラブまたは 放課GO→( )	家族: 父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹		TEL:	
	住所 〒				
保護者	ふりがな	ふりがな	【続柄】	【続柄】	
	氏名 (職業)	氏名 (職業)			
	(任意) S・H 年 月 日生	(任意) S・H 年 月 日生			
	住所(児童と異なる場合)				
健康状態	□ かかりつけ病院名・かかりつけ医:		□ 健康保険証: 記号 番号		
	TEL:		□ 子ども医療証 受給者番号:		
	□ 平熱 ( °C)		□ 母子健康手帳:		
	□ よくかかる病気: なし・あり( )		□ 食事以外のアレルギー: なし・あり( )		
□ 熱性けいれん: なし・あり(今まで 回 →いつ頃 才 ヶ月)		□ 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)			
□ 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	□ アレルギー: なし・不明 あり( )		□ 母乳: 時間間隔		
	□ 好きな食べ物:		□ ミルク: 1回( cc) 時間間隔		
	□ 量: 多い・普通・少なめ		□ 離乳食: 1日 朝・昼・夜		
排泄	□ オムツ・パンツ				
	□ 便の回数: 1日 回 ※便秘 なし・あり( )				
睡眠	□ 昼寝を しない・する( 時 分 ~ 時間) ( 時 分 ~ 時間)				
	□ 寝るときのくせ: 添い寝・1人寝・おんぶ・抱っこ・その他( )				
□ 好きな遊び・玩具など:		□ 言語: 日本語・英語・その他( )			
□ Pokke利用にあたり、配慮してほしいこと・心配なこと:		□ 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: □ 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