

# 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・中学 年生 ( )学童クラブまたは放課GO→( )						
住所 千						
保護者	ふりがな		ふりがな			
	氏名 (職業) 【続柄】		氏名 (職業) 【続柄】			
	(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( )		□ アレルギー: なし・不明		□ 母乳: 時間間隔	
	□ 食事以外のアレルギー: なし・あり( )		□ 好きな食べ物:		□ ミルク: 1回( cc) 時間間隔	
□ 熱性けいれん: なし・あり(今まで 回 →いつ頃 才 ヶ月)		□ 量: 多い・普通・少なめ		□ 離乳食: 1日 朝・昼・夜		
□ 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)		□ オムツ・パンツ		□ 排便回数: 1日 回 ※便秘 なし・あり( )		
□ 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		□ 睡眠		□ 昼寝を しない・する( 時 分 ~ 時間)( 時 分 ~ 時間)		
□ 好きな遊び・玩具など:		□ 言語: 日本語・英語・その他( )		□ 保護者以外にあずけた経験 有・無		
□ Pokke利用にあたり、配慮してほしいこと・心配なこと:		□ 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。

【個人情報の取り扱いについて】

お預かりした個人情報は、Pokke事業の運営にのみ使用いたします。  
個人情報の取り扱いについては、Pokkeホームページ上でご確認いただけます。

令和 年 月 日  
氏名