

一時預かり 利用申込書

登録日 年 月 日

登録番号

お子さま 氏名	(ふりがな)	(愛称)
かかりつけ医	病院名 TEL:	病院名 TEL:
既往症	熱性けいれん: 症状が出た回数( 回) 1回目の月齢( 歳 ヶ月)最後に起きた月齢( 歳 ヶ月) ひきつけ( 歳 ヶ月) 気管支喘息( 歳 ヶ月~ ) おたふくかぜ( 歳 ヶ月)水ぼうそう( 歳 ヶ月) 風疹( 歳 ヶ月) その他( )	入院歴 なし あり(病名 歳 ヶ月)

生活習慣	排便	回数	回/1日	留意	知らせる・知らせるときもある・知らせない
	排尿	回数	回/1日	尿意	知らせる・知らせるときもある・知らせない
	入眠時の癖やサイン	昼寝( 時間) ひとり寝・添い寝 睡眠のくせ( )			
	好きな遊び・玩具・音楽キャラクター				
	性格・癖など	人見知り(しない・する)→どんな人に?( )			
	その他留意すべきこと				

食事	食事量・方法	量(よくたべる・普通・食が細い) 用具(箸・スプーン・フォーク・手) 一人で食べる・一人で食べようとする・食べさせる		
	授乳内容	ミルク・母乳・混合	授乳時間( 分)	
		授乳量 ml	授乳回数( 回/日)	
	離乳食内容	開始時期 ヶ月	離乳食回数( 回/日)	
	内容(初期・中期・後期・完了期)			

アレルギー	アレルギー名			
	アレルギーの内容		症状の出方	医師の診断
	食物	なし・あり( )	食べると出る 触ると出る	なし・あり
	薬	なし・あり( )		なし・あり
	環境	なし・あり(ダニ・ハウスダスト・動物)	触れると出る 飼い主と接触で出る	なし・あり
	投薬	なし・あり	薬品名	

提出書類 チェック欄	<input type="checkbox"/> お子さまの健康保険証 <input type="checkbox"/> 乳児医療証、または福祉医療証 母子手帳(コピーをいただきます)
---------------	---

(備考欄)