

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		病院名	
	TEL:		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) 麻疹( 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	留意	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) 独り寝・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		

書類チェック欄	お子さまの マイナンバーカード , 健康保険資格確認書 , 乳幼児医療証
---------	--------------------------------------

(備考欄)