

稲城市休日保育登録票

(ふりがな) 児童氏名	()			記入日	年 月 日	※登録日 /
	男女			愛称		
生年月日	年 月 日	年齢	歳	平日の 利用施設		
住 所	稲城市					
(ふりがな) 保護者氏名	()			連絡先 電話番号 (優先順位)	電話番号	氏名または勤務先名 続柄
	続柄			①	()	()
				②	()	()
かかりつけ医	医療機関名	担当医師		電話番号		
発達 ・ 健康状況	出生時	・妊娠の経過 :	正常	異常 ()		
		・分娩の経過 :	正常	異常 ()		
		・新生児期経過 :	正常	異常 ()		
		・出生時体重 :	_____kg			
	発達	・これまでの発達で気になることはありますか? なし あり ()				
	平熱	_____度				
	これまでの 病気	・今までに大きな病気をしたことはありますか? なし あり ()				
		・熱性けいれんを起こしたことがありますか? なし あり (年 月、 年 月)				
		・肘内障になったことはありますか? なし あり (年 月)				
		・現在通院している病気はありますか? なし あり ()				
家庭での 生活状況	食事	・時間 (朝) : (昼) : (夕) :				
		・好き嫌い (好きな物 嫌いな物)				
		・コップは使えますか? はい いいえ				
		・牛乳は飲んでいますか? 飲んでいる 飲んでいない				
		・食物アレルギーはありますか? なし あり ()				
		・その他、食事のことで気になることはありますか? ()				
	排泄	・オムツ (布 紙 紙パンツ) ・排便、排尿があってから知らせる。				
		・尿意、便意を出る前に知らせる。 ・トイレで排泄する。				
		・排泄のことで心配なことはありますか? ()				
	睡眠	・朝は何時に起きますか? (: 頃)				
		・夜は何時に寝ますか? (: 頃)				
		・お昼寝はしますか? はい (: ~ : 頃) いいえ				
		・どのように寝かしつけていますか? ()				
		・寝る時の必需品はありますか? ()				
	その他	・お家での好きな遊びは何ですか? ()				
		・食物以外のアレルギーはありますか? ()				
送迎者	普段	送り (主に 父 ・ 母) お迎え (主に 父 ・ 母)				
	災害時	氏名 (続柄)				
		氏名 (続柄)				
		氏名 (続柄)				
備考	※災害発生時は、こちらにあるお名前の方であれば、当日お迎え予定でなくても、お子さんを引き渡します。					