

児童票

| | | | |
|-----------|----------|-----|------|
| | 登録日 | 面談者 | PC入力 |
| 一時あずかり | 平成 年 月 日 | | |
| トワイライトステイ | 平成 年 月 日 | | |
| ショートステイ | 平成 年 月 日 | | |

会員番号()

| | | | |
|----|-------------|--------------------|------------------------------------|
| 児童 | ふりがな | 男・女 平成 年 月 日生れ | 本人写真 (写真の裏に会員番号とお子様のお名前ご記入ください) |
| | 氏名 | 愛称() オ ヶ月 | |
| | 所属: 保 幼 小 年 | 家族: 父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹 | |
| | 住所 〒 | TEL FAX | |

| | | |
|--------------|------------------|------------------|
| 保護者 | ふりがな | ふりがな |
| | 氏名 (職業:) | 氏名 (職業:) |
| | 続柄() S H 年 月 日生 | 続柄() S H 年 月 日生 |
| 住所(児童と異なる場合) | | |

| | | |
|--|--|--|
| 健康状態 | <input type="checkbox"/> かかりつけ病院名・かかりつけ医 | <input type="checkbox"/> 健康保険証 記号 番号 |
| | 電話番号 | <input type="checkbox"/> 子ども医療証 受給者番号 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 |
| <input type="checkbox"/> 平熱 (°C) <input type="checkbox"/> よくかかる病気: なし あり(<input type="checkbox"/> 食事以外のアレルギー: なし あり(<input type="checkbox"/> 熱性けいれん: なし あり(今まで 回 →いつ頃 オ ヶ月) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 予防接種: BCG・四種混合・混合MR(麻疹・風疹)・水ぼうそう・日本脳炎 おたふくかぜ・ヒブ・肺炎球菌(プレベナー)・ロタウィルス・B型肝炎・インフルエンザ | | |

| | | | |
|----|---------------------------------------|------|-----------------|
| 食事 | <input type="checkbox"/> アレルギー: | 母乳・ | 母乳 時間間隔 |
| | <input type="checkbox"/> 好きな食べ物: | ミルク・ | ミルク1回(cc) 時間間隔 |
| | <input type="checkbox"/> 量: 多い・普通・少なめ | 離乳食 | 離乳食: 1日 朝・昼・夜 |

| | |
|----|--|
| 排泄 | <input type="checkbox"/> オムツ パンツ ※トイレトレーニング中 |
| | <input type="checkbox"/> 便の回数: 1日 回 ※便秘 なし あり() |

| | |
|----|---|
| 睡眠 | <input type="checkbox"/> 昼寝を しない する(時 分 ~ 時間)(時 分 ~ 時間) |
| | <input type="checkbox"/> 寝るときのくせ: 添い寝 1人寝 おんぶ 抱っこ その他() |

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 好きな遊び・玩具など: | <input type="checkbox"/> 言語 日本語・英語・その他() |
| <input type="checkbox"/> Pokke利用にあたり、配慮してほしいこと・心配なこと | <input type="checkbox"/> 保護者以外にあずけた経験 (有・無) ある場合 祖母・保育園・友人・その他() 週・月 回 時々・まれに <input type="checkbox"/> 宿泊経験 有・無 |

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