

提出日： 年 月 日

更新日				
-----	--	--	--	--

総合子育て支援センター《一時預かり保育室》利用者登録（変更）票

幼児について	氏名		年齢	生年月日	性別	平熱
	(フリガナ)		歳	年 月 日	男・女	℃
	住所	〒 -			写 真	
		電話 ()				
	かかりつけ病院 (内科)	病院名		電話 ()		
かかりつけ病院 (外科)	病院名		電話 ()			

家族構成	続柄	氏名	生年月日	勤務先名	電 話
			年 月 日		()
			年 月 日		携帯
			年 月 日		()
			年 月 日		携帯
			年 月 日		()
連絡優先順位	第1	氏名 (続柄)	電話： ()		
	第2	氏名 (続柄)	電話： ()		
	第3	氏名 (続柄)	電話： ()		
	第4	氏名 (続柄)	電話： ()		

健康保険証・こども医療費受給者証のコピーを
ここに添付してください。

幼児の体質	1. 風邪をひきやすい 2. 発熱しやすい 3. 鼻血がでやすい 4. 中耳炎をおこした事がある 5. 扁桃腺がはれやすい 6. 便の様子 (日 回) 7. ひきつけをおこした事がある 8. 肘を脱臼した事がある (硬い・普通・やわらかい) (才頃 回) (才頃 回) 9. アレルギー症状があるといわれた (喘息・じん麻疹・アトピー性皮膚炎・結膜炎) ○食物アレルギー (有 ・ 無) ○その他アレルギー (有 ・ 無) ※食物アレルギー「有」の場合は「アレルギー除去食指示書」「血液検査コピー」を提出願います。
	【その他病歴や体質上のことなど特に注意すべき事項】
	【利用している施設名】

公共機関から(自宅までの地図	
----------------	--

承諾証

1. 利用案内の確認

ちやっぼ保育室の利用案内の内容を確認し、全ての事項について承諾します。

2. 保育中のけが・病気について

保育室内において、けが、発熱等により医師の治療が必要と思われる場合において、保護者と連絡がつかない場合は、保育室側の判断において、病院等にて受診の上、医師に治療を依頼することを承諾します。

_____年 月 日

【幼児名】 _____

【保護者 親権者 (続柄:)】

住所

氏名 _____ 印

【保護者 親権者 (続柄:)】

住所

氏名 _____ 印