

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	〒 - 電話 ()			写 真 4cm×4cm 以内で 正面を向いた 児童のカラー写真	
	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		() 携帯
			年 月 日		() 携帯
			年 月 日		() 携帯
			年 月 日		() 携帯
			年 月 日		() 携帯
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： ()		

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

ちゃ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

【保護者 親権者（続柄： ）】

住所

氏名