

一時預かり利用登録書

お子様について

面接日

年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	令和・西暦	
お子様の氏名				年 月 日	(才 ヶ月)
ご住所	〒 -				
かかりつけの病院	TEL - -	体重	kg	平熱	℃
託児経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (保育所施設等 ・ 祖父母 ・ その他)				
特筆すべき体質	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原因:) アナフィラキシーショックの経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 か月頃) 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 か月頃) 今までにかかった病気・けがなど <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 現在治療中の病気・けがなど <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
※できるだけ細かくご記入ください。					

ご家族について (同居の父母兄弟姉妹祖父母)

連絡順位	シメイ氏名	続柄	生年月日	連絡先	備考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

同意事項

- 利用方法、利用時間、利用料金について
- 持ち物について
- お薬について

- お預かりできない場合について
- 体調不良等のお迎えについて
- 登録期間について

上記事項の説明を受け、同意しました。

年 月 日 署名

続柄 ()

ご記入いただいた内容は必要に応じて、病院などの他機関に開示する場合がございます。ご了承ください。

特記事項※保育室記入欄

受付者