

登録番号

横浜市乳幼児一時預かり事業 利用登録申請書

横浜市乳幼児一時預かり事業の利用登録を下記のとおり申し込みます。登録日 令和 年 月 日

| | | | |
|------------------|----------------------------------|------------------|---|
| 児童の氏名等 | フリガ | 男 女 | 生年月日 平成・令和 年 月 日 登録時年齢 (歳 か月) 血液型 型 |
| | 家庭での呼び名 : | | |
| 保護者氏名 (申請者) | フリガ | 続柄等 : | |
| | | | |
| 住 所 | 〒 - 横浜市 () | | |
| 電 話 | () | | |
| 緊急連絡先 その1 | フリガ | 続柄等 : 携帯電話等 : | |
| | | | |
| 緊急連絡先 その2 | フリガ | 続柄等 : 携帯電話等 : | |
| | | | |
| 緊急連絡先 その3 | フリガ | 続柄等 : 携帯電話等 : | |
| | | | |
| 兄弟姉妹の有無 | いる (兄・姉・弟・妹 歳) (兄・姉・弟・妹 歳) ・ いない | | |
| 施設との連絡用携帯メールアドレス | | | |

| 出生時の 身長と体重 | | cm | kg | 平熱 | 度 | 分 |
|---------------|--------------------------------|---|----|----|------------|---|
| 健康 状態 | 既往歴等 | ぜんそく、ひきつけ、脱臼をおこしやすい等お子さんについて配慮すべきことがありましたら記入してください。 | | | | |
| | アレルギー | ある ・ ない | | | | |
| | | 原因 | 症状 | 処置 | 施設で気をつけること | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | 利用にあたり健康上または、発達上で気になることはありますか？ | | | | | |
| かかりつけ医 | 小児科／病院名 : 電話番号 : | | | | | |

| | | |
|-------------------|------|---|
| 生活のリズム | 就寝 | 就寝～起床時間 : (: ~ :) 午睡時間 : いつも (: ~ :) ・ 時々 ・ しない 寝かしつけ : 一人で ・ 添い寝 ・ うつぶせ寝 ・ 仰向け ・ 抱っこ |
| | 排泄 | おむつ ・ トレーニング中 (知らせる ・ 知らせない [とおい / 普通 / 近い]) トイレ (ひとりで行く ・ 一緒に行く) |
| | 授乳 | 母乳・ミルク 時間おきに ml 最終授乳時間 : |
| 預かりの経験 | ありなし | 祖父母 ・ 親戚 ・ 保育園等 ・ その他 () |
| その他保育士に 伝えたいこと | | |

*個人情報、統計や案内送付などの利用目的以外の使用は致しません。