

なないろもあバースクリニック 一時預かり申込書

登録日 年 月 日 初回・更新

呼び名[] 生年月日	
フリガナ 氏名	男・女 年 月 日 (歳 ヶ月) 第 子
住所〒	平熱 °C 無・有 () 保育経験 ()
<父> フリガナ 氏名 () 勤務先名称 勤務先Tel 携帯Tel	<母> フリガナ 氏名 () 勤務先名称 勤務先Tel 携帯Tel
<兄弟姉妹> 無・有 (氏名・年齢・園・学校名)	
緊急連絡先 *父母以外の連絡先	
氏名	Tel (自宅・携帯 職場会社名) 続柄

アレルギー	食物アレルギー (無・有)				
食事	・授乳 (母乳・混合・ミルク・卒乳) ミルク (1回 ml) 間隔 (時間) 母乳・ミルク以外の水分補給 () ・離乳食 (初期・中期・後期) ・与えているおやつ (無・有) ・幼児食 (好き) (嫌い) ・方法 一人で食べる・ひとりで食べようとする・食べさせる 手づかみ・箸・スプーン・フォーク				
排泄	おむつ・パンツ・トレーニング中・睡眠時のみおむつ ・排便 (知らせる・知らせない) ・排尿 (知らせる・知らせない)				
睡眠	・乳児のため不定期 ・午睡しない ・だいたい時間帯が定まっている 就寝時間 (時 分～ 時 分) ・午睡 (時 分～ 時 分) (時 分～ 時 分) ・睡眠の癖 おしゃぶり・タオルなど ・寝かしつけ 縦抱き・横抱き・おんぶ・添い寝・その他 ・託児中の抱っこ紐の使用 (OK・NG)				
既往歴	無・有 ()				
発達状態 (乳児のみ記入)	お子様の発達状態をご記入下さい。			留意する点 ありますか？	
	① 首のすわり	すわっていない	ほぼすわっている		すわっている
	② 寝返り	できない	ほぼできる		できる
	③ 一人座り	できない	ほぼできる		できる
	④ ハイハイ	できない	ほぼできる		できる
	⑤ つかまり立ち	できない	ほぼできる		できる
	⑥ 一人立ち	できない	ほぼできる		できる
	⑦ 歩行	できない	ほぼできる		できる
発育状況	・言葉 (話せない・喃語・二語文・よく話す・あまり話さない) ・歩きはじめ (歳 ヶ月) ・人や場所見知り (しない・する) ・好きな遊びやおもちゃ () ・検診で何か言われましたか？ ()				
備考	・保育士に伝えておきたいこと (家庭のこと等何でも構いません。)				
	・お預かり日 月 日 () ・お預かり時間 (: ~ :)				

保育士チェック欄 持ち物確認 支払方法 健康チェック表