

# はじめてのおともだち事業 利用登録書

登録日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童名		男・女	年 月 日 【 第 ( ) 子 】	歳 月
ふりがな		住所		
保護者名		電話番号		
緊急時の 連絡先	氏名	続柄	電話番号	
	①			
	②			
在籍要件確認 (□にチェックを入れてください)				
<input type="checkbox"/> 本児童は、認可保育園、地域型保育事業、認定こども園、幼稚園、認証保育所、保育室、保育ママ、企業主導型保育施設のいずれの保育施設にも在籍していません				

これまでの生活 * 託児の経験について具体的にお書きください。(例: 現在まで家庭保育のみ、〇〇保育園 〇歳~〇歳まで など)
--

お子さんの状態について

健康状態について	熱性けいれん (ひきつけ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最近 歳 月 (過去 回程度)
	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる ( <input type="checkbox"/> 毎日(朝・昼・晩) <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 吸引をしている ( <input type="checkbox"/> 毎日(朝・昼・晩) <input type="checkbox"/> 発作時
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食品名 ) *アレルギーあり場合は、別紙「アレルギーについて」の用紙に記載をお願いします。
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	脱臼経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 時期・頻度 ( ) 部位 ( )
	上記以外での大きな病気、ケガなど	
身体の発達	首が座っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ お座りをする <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	ハイハイをする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ つかまり立ちをする <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	ひとりであるく	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	その他 発達面で気になること	
言葉	大人の言うことがわかる (ちょうだい いらっしゃい など) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 意味のある言葉を話す (マンマ ブーブ ネンネなど) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
排泄	おむつ (外れていない・外れている・就寝時のみ) 大便 1日 ( ~ 回) 軟・普通・硬	
食事	母乳のみ・混合・ミルクのみ 離乳食 ( 回食) 食べ方 (手づかみ・スプーン・箸)	
睡眠	時間 昼 ( 時~ 時) よく寝る・あまり寝ない ( 時~ 時) よく寝る・あまり寝ない 夜 ( 時~ 時) よく寝る・あまり寝ない 方法 一人で・添い寝・抱いて・おんぶ 寝かた あおむけ・うつ伏せ・横向き	
その他	* お子さんについて知らせておきたいことがありましたら、お書きください。	

※添付資料: 「乳児医療証の写し」及び「保険証の写し」