

登録日	年 月 日
登録番号	

(表)
複合施設託児ルーム利用登録票

(宛先) 藤岡市長

次のとおり託児ルームの利用登録を申し込みます。

子ども氏名	ふりがな	性 別	生年月日	
		男 女	年 月 日	登録時： 歳 か月
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 物質名と症状：			
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数：約 回（初回 歳 か月頃・最終 歳 か月頃）			
その他健康状態	現在、通院・経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 常用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 既往歴など留意してほしいこと <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（			
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（医療機関名：）			
通院している園等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（施設名：）			
保護者氏名 父	ふりがな	保護者氏名 母	ふりがな	
住 所	〒			
兄弟姉妹氏名	ふりがな	続柄	園名・学校名	主な登録目的
	ふりがな	続柄	園名・学校名	<input type="checkbox"/> 緊急時の備え <input type="checkbox"/> 保護者の息抜き <input type="checkbox"/> 保護者の用事 <input type="checkbox"/> 保護者の就労や準備 <input type="checkbox"/> 子どもの経験 その他（）
	ふりがな	続柄	園名・学校名	
	ふりがな	続柄	園名・学校名	
緊急連絡先(連絡順)	氏 名	続柄	緊急連絡先	
1	ふりがな		携帯：	
			自宅または勤務先：	
2	ふりがな		携帯：	
			自宅または勤務先：	
3	ふりがな		携帯：	
			自宅または勤務先：	

(裏)

【子どもの日常の様子】

好きな遊び		
食 事	段階	<input type="checkbox"/> ミルク・母乳 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食
	食べ方 その他留意事項	<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べることができる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸（右・左） <input type="checkbox"/> 少食 <input type="checkbox"/> 食べムラがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅め <input type="checkbox"/> その他（ ）
排 泄	オムツ／パンツ	<input type="checkbox"/> 常時オムツ着用 <input type="checkbox"/> オムツ午睡・就寝時のみ着用 <input type="checkbox"/> トイレトレーニングパンツ着用 <input type="checkbox"/> 常時パンツ着用
	トイレ（尿）	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> 一人で行ける（伝えられる・伝えられない）
	トイレ（便）	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> 一人で行ける（伝えられる・伝えられない）
睡 眠	睡眠サイクル	起床： 時 就寝： 時
	午睡の有無	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する（午睡時間： 時～ 時）
	寝つき等	<input type="checkbox"/> すぐに寝る <input type="checkbox"/> 眠るまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅く途中で起きてしまう <input type="checkbox"/> 眠ることを嫌がる
	ご家庭での午睡時の誘導方法	（例）抱っこでゆらゆら、添い寝でトントン、好きなタオルやおしゃぶりを持つ等
体 質	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ言う <input type="checkbox"/> 咳が出やすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 肌が弱い <input type="checkbox"/> じんましんが出やすい <input type="checkbox"/> 肘が抜けやすい <input type="checkbox"/> その他（ ）	
言 葉	<input type="checkbox"/> 喃語（なんご） <input type="checkbox"/> 単語が出る <input type="checkbox"/> 大人のことばに反応する <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 会話ができる	
	<input type="checkbox"/> よく喋る <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> わかりにくい <input type="checkbox"/> 言葉が遅め <input type="checkbox"/> その他（ ）	
対 人	<input type="checkbox"/> 人見知りしない <input type="checkbox"/> 人見知りする	
	お友達と： <input type="checkbox"/> 一緒に遊ぶのが好き <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶことが多い <input type="checkbox"/> 手が出ることがある <input type="checkbox"/> 噛むことがある	
	◎家で泣いた際の対応を教えてください	
その他	◎利用するに当たって、心配なこと・配慮してほしいこと・伝えておきたいことを教えてください	

【施設確認欄】

書類確認	担当者