

一時預かり 利用申請書

利用日	年 月 日 ( )	利用時間	: ~ :
-----	-----------	------	-------

お子様	フリガナ お名前		性別		オムツ サイズ	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	か月	
保護者氏名(続柄)		( )	TEL	( )		
送迎者氏名(続柄)		( )	TEL	( )		

健康状況		睡眠	
ひきつけ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 具体的症状 ( ) 平熱 ( ) 度 体質 <input type="checkbox"/> 発疹やじんま疹が出やすい <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> おう吐ししやすい <input type="checkbox"/> 熱が上がりやすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい 具体的症状 ( )		お昼寝 ( ) 時から ( ) 時まで 寝付くまで <input type="checkbox"/> おしゃぶり <input type="checkbox"/> タオルをもつ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 特になし アレルギー、病気等 アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 種類 ( ) 既往歴 ( )	
食事		排泄	
一人で食べられるか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 食べ方 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> 手づかみ コップで飲めるか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ミルクの量 ( ml )		排尿の状況 <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 手助けすればできる <input type="checkbox"/> できない 排便の状況 <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 手助けすればできる <input type="checkbox"/> できない	
小さな怪我をした際のご連絡について		<input type="checkbox"/> 即時の電話連絡を希望 <input type="checkbox"/> お迎え時の連絡を希望 ※小さな怪我とは少しのすりむき、腫れなどです。 ※出血がかなり見られる、腫れがひどい場合等は即時ご連絡をします。	
その他 (伝えておきたいこと等)			