

ほっとステイ利用登録票（0～2歳用）

メールアドレス

氏名	ふりがな	男 女	生年月日	20	年	月	日
	家庭での呼び名:		(歳 か月)				
			血液型				

住所	〒		電話		03 ()		
	世田谷区		マンション・アパート名				
保護者氏名 (母)	ふりがな	携帯電話		()			
		勤務先		TEL			
保護者氏名 (父)	ふりがな	携帯電話		()			
		勤務先		TEL			
同居家族	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢	

健康状態	熱性けいれん(ひきつけ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	最近	歳	ヶ月(過去	回)	けいれん時の体温(℃)
	脱臼経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	最近	歳	ヶ月(過去	回)	部位は()
	入院経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	時期・期間	()				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし						
		<input type="checkbox"/> あり	(食品名	()				
		<input type="checkbox"/> アナフィラキシーの経験がある	(時期	()				
	障害者手帳または愛の手帳はお持ちですか?	はい ()級・度		いいえ				
	発達などのことで相談をしている病院や施設はありますか?	はい 病院・施設名:		病名など:				
		いいえ						
	健康上または発達上、気になることがありますか?							
	・首が座っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	・お座りができる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	・はいはいができる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	・つかまり立ちができる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	・ひとりで歩行できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
かかりつけ医	電話		()					

お子さんの普段の様子	睡眠	・起床時間 時 分ごろ ひとりで起きる ・ 起こされて起きる ・ 目覚めが悪い ・昼寝時間 している 時 分～ 時 分 時々する ・ しない ・寝かせ方 一人で ・ 添い寝(誰と) ・ うつぶせ ・ あお向け ・ 抱っこ ・寝つき 良い ・ 悪い
	排泄	・おむつ 外れていない ・ 外れている ・ 就寝時のみ ・トレーニング中 教える ・ 教えない ・大便 (回/1日、 軟 ・ 普通 ・ 硬)
	食事	・母乳 ・ ミルク ・ フォローアップ 飲んでいる ・ 飲んでいない (いつ 毎食後 ・ 寝る前 ・ 他 回/日) (哺乳瓶 ・ マグマグ ・ コップ) ・朝食 時 分ごろ 食欲は ある ・ ない 誰と() ・昼食 時 分ごろ 食欲は ある ・ ない 誰と() ・おやつ 1日 回 時間を 決めている ・ 決めていない どんなもの() ・食べ方 食べさせてもらう(誰に) 自分で食べる ・ 手づかみ (くせ)
	遊び	・一人で遊ぶことができる はい ・ いいえ ・好きな遊び・おもちゃ ・大人が相手をすると喜びますか はい ・ いいえ 誰と() どんなことをして() ・テレビやビデオを 見ている ・ 見せていない 時間 決めている 分/日 決めていない ・ つけっ放し
利用理由	あてはまるものにいくつでも○をつけて下さい ①通院 ②出産 ③看護 ④冠婚葬祭 ⑤勉強・資格取得 ⑥就職活動 ⑦就労 ⑧学校などの公的行事 ⑨リフレッシュ ⑩その他	

預かりは初めてですか? はい ・ いいえ
 祖母 ・ 祖父 ・ 友人 ・ ベビーシッター ・ 親戚
 預かり施設(具体的に)

平熱 度くらい ・ わからない