

## ほっとステイ利用登録票（3歳以上用）

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:		血液型	(	歳	か月)	

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	( )			
			理由 (	)			
	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 持ちですか?	お	<input type="checkbox"/> はい ( )級・度 <input type="checkbox"/> いいえ				
	発達などのことで相談している病院や施設 はありますか?	<input type="checkbox"/> はい	病院・施設名:				
		<input type="checkbox"/> いいえ	病名等:				
	ほっとステイ利用にあたり健康上または 発達上、気になることがありますか?						
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 一人で起きる ・ 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
	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	・朝食 時 分ごろ 食欲は ある ・ ない 誰と( ) ・食事の面で気になること( )
	遊び	・好きな遊び・おもちゃ
利用理由	あてはまるものはいくつでも○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