

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 (歳 か月) 血液型			
	家庭での呼び名:					

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)	☐ なし ☐ あり 最近 歳 ヶ月 (過去 回) けいれん時の体温 (℃)	
	脱臼経験	☐ なし ☐ あり 最近 歳 ヶ月 (過去 回) 部位は()	
	入院経験	☐ なし ☐ あり 時期・期間 () 理由 ()	
	アレルギー	☐ なし ☐ あり (食品名) ☐ 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	☐ はい ()級・度 ☐ 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？		☐ はい 病院・施設名: 病名等: ☐ いいえ
	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 ()
------------	----------------

