

# 登録票

記入日 20 年 月 日

お子様	ふりがな		( 男 ・ 女 )	
	お名前		愛称	在籍園名
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )	きょうだい( 有 ・ 無 ) <u>第</u> <u>子</u>	
保護者	ご住所 〒			
	自宅 ☎			
	メールアドレス(必ずご記入ください)			
	(ふりがな)		生年月日	
	父氏名		年 月 日 ( ) 歳	
	勤務先名 :			
	(ふりがな)		生年月日	
	母氏名		年 月 日 ( ) 歳	
	勤務先名 :			
	父携帯 ☎	( )		
	母携帯 ☎	( )		
	父勤務先 ☎	( )		
	母勤務先 ☎	( )		
	その他連絡先 ☎①(名前 )		( )	
その他連絡先 ☎②(名前 )		( )		
		( )		

※緊急の際の連絡順を ( ) に記入して下さい。↑

生育歴				お子様氏名( )		
出生歴	妊娠・分娩の状況	妊娠中の異常	無し・有り			
		在胎期間	週 日			
		分娩の時の異常	無し・有り( )			
		身長	cm	体重	g	
		頭囲	cm	胸囲	cm	
発育状況	寝返り( )ヶ月	はいはい( )ヶ月				
	首がすわる( )ヶ月	つかまり立ち( )ヶ月				
	お座り( )ヶ月	歩行( )ヶ月				
	話せる言葉:					
発育歴	食事	好きなもの( )	嫌いなもの( )			
		量 (多い・普通・少ない)	かかる時間( )分程度			
		方法(手づかみ・スプーン・箸)				
	授乳	ミルク・母乳・混合・卒乳				
	排泄	大便(ひとりでできる・手助けをすればできる・できない)		オムツ使用の場合		
		小便(ひとりでできる・手助けをすればできる・できない)		(紙おむつ・布オムツ)		
		夜尿(する・ときどきする・しない)		添い寝(する・しない)		
	睡眠	就寝( )時	起床( )時	昼寝(する [ : ~ : ] ・しない)		
		寝つき(良い・悪い)		目覚め(良い・悪い)		
	着脱	ひとりでできる・手助けをすればできる・できない				
	清潔	手洗い(ひとりでできる・手助けをすればできる・できない)				
		洗顔(ひとりでできる・手助けをすればできる・できない)				
		歯みがき(ひとりでできる・手助けをすればできる・できない)				
	遊び	友達と遊ぶ ・ 一人で遊ぶ ・ 大人と遊ぶ		好きな遊び( )		
	既往歴	麻疹( )歳 風疹( )歳 水ぼうそう( )歳 中耳炎( )歳				
		百日咳( )歳 肺炎( )歳 脱臼( )歳 熱性痙攣( )歳				
		おたふく( )歳 突発性発疹( )歳 その他: ( )歳				
●現在治療中の病気:						
病歴及び体質	喘息・心臓疾患・便秘・下痢症・ヘルニア・風邪を引きやすい・脱臼(部位: )					
	食物アレルギー:					
	アレルギー物質:					
	その他:					
保育歴	家庭での保育・ベビーシッター・保育所・幼稚園・その他:					
その他	体質や癖など心配な事、配慮してほしい事について(具体的に)					
	かかりつけの医院:					

# 病児保育お迎えサービス依頼書 兼 承諾書 兼 与薬依頼書

Mom's sun(ママズサン)スタッフにお迎えを依頼します。

お迎え後には、きらりほいくえん病児保育室にて病児保育する事と、  
保育に際して協力医である小児科医院に受診することを承諾します。  
薬剤情報提供書の指示通り、保護者に代わって与薬を依頼致します。  
依頼通り与薬し、問題が生じた場合は責任は問いません。

20 年 月 日

お子様のお名前

(生年月日：20 年 月 日)

保護者のお名前

きらりほいくえん

## 病児保育利用申込書・同意書

私（保護者）は、病児保育の重要事項説明書・利用規約に  
同意した上で病児保育に申し込みます。

20 年 月 日

対象児名

---

保護者氏名

---

①

## 委任状・承諾書

医療機関 御中

私は Mom's sun スタッフを代理人と定め、  
下記の権限を委任します。

私の子ども \_\_\_\_\_ の  
受診付き添い及び診断結果を聞く事。

保護者との連絡が取れず、受診の際処置する  
場合も、医師の判断を了承します。

登録日 20 年 月 日

〒

住所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

⑩

