

一時預かり事業利用申込書

年 月 日 記入

| | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------|----------------|---------------------|---------------|--------|--------|
| 利用日時 | 年 月 日 : ~ : () 時間 | | | | | |
| ふりがな | | | 性別 | 生年月日 | 年 月 日生 | |
| 児童名 | | | 男 | | 満 歳 ヲ月 | |
| 申請者氏名 | | | 続柄 | | | |
| 住所 | 大和市 | | 緊急連絡先 | () - | | |
| お迎えの方の氏名 | | | (児童との続柄) | | | |
| お子様の健康状態について○印または、ご記入ください | | | | | | |
| 体温 | 検温時間 | : | 体温 | . °C | 平熱 | . °C |
| 機嫌 | 良 ・ 普 ・ 悪 | | | | | |
| 排便 | 前日 | 固い便 ・ 普通便 ・ 軟便 | | | 回数 | 回 ・ なし |
| | 今朝 | 固い便 ・ 普通便 ・ 軟便 | | | 回数 | 回 ・ なし |
| 直近の食事 | 時間 | : | メニュー (量) | | | |
| アレルギー 食べ物以外でもご記入ください | | なし あり () | | | | |
| 3日以内に怪我や病気をしましたか | | | いいえ | はい () | | |
| 24時間以内の与薬状況 | | | なし・あり 直近の与薬時間 日 時ころ | | | |
| | | | 薬の種類 () | | | |
| 3日以内に予防接種を受けましたか | | | いいえ | はい () | | |
| 麻疹・風疹予防接種 (MR) は受けましたか | | | はい | いいえ | | |
| 関節の脱臼はありますか | | | いいえ | はい (部位) | | |
| ひきつけはありますか | | | いいえ | はい | | |
| | | | | 近々の時期: 歳 ヲ月ころ | | |
| 乳幼児健診での経過観察の有無 | | | なし | あり | | |
| | | | | 内容 () | | |
| 現在 医療器具の使用はありますか | | | はい | いいえ | | |
| 連絡事項 (お子様の様子) | | | | | | |