

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)						