

様式第1号(第7条第1項関係)

こども未来館一時預かり利用登録申請書

年 月 日

豊橋市長 様

〒
住所
氏名
電話

こども未来館一時預かりを利用したいため、次のとおり利用登録申請します。

ふりがな							
乳幼児名	男 女			生年月日		年 月 日 (満 歳 月)	
況 保 護 者 及 び 家 族 の 状	氏 名	年 齢	性 別	続 柄	職 業 又 は 学 年		
利用を希望 する理由							
登録期間	年 月 日 から			年 月 日			
緊急連絡先	氏 名	続 柄		電 話 番 号			
				- -			
				- -			
健康状態等							

※ 以下は記入しないでください。

その他留意 すること等	
----------------	--

一時預かり 乳幼児の記録

記録日	年 月 日	ふりがな 児童名	(歳 月) 男・女			
生育歴	出産の状況：正常分娩・異常分娩（仮死・早産・その他） 出生体重：(g) 首の座り：(ヶ月)					
健康の状態	アレルギー疾患	食物アレルギー：無・有（除去：必要・不要） 【医師の診断：有・無 病院名】 原因食物：卵・乳製品・小麦・そば・大豆・ピーナッツ・えび・かに その他（ ） 喘息：無・有（吸入：必要・不要） その他：アレルギー性鼻炎・アレルギー結膜炎・アトピー性皮膚炎 その他（ ）				
	その他疾患	熱性けいれん：無・有（直近 歳 か月頃 計 回程度） てんかん：無・有（服薬：有・無 直近 歳 か月頃 計 回程度） 慢性疾患：無・心臓病・ヘルニア・その他（ ） 脱臼：無・有（肩・肘・股関節） 最近した病気や怪我：無・有（ ） 視覚：異常なし・遠視・近視・弱視・斜視・その他（ ） 聴覚：異常なし・聞こえが悪い・難聴・その他（ ）				
予防接種	予防接種歴：有・無					
乳幼児健康 診査状況	4か月児健康診査	受けた・受けない 指導（無・有）指導内容（ ）				
	1歳6か月児健康診査	受けた・受けない 指導（無・有）指導内容（ ）				
	3歳児健康診査	受けた・受けない 指導（無・有）指導内容（ ）				
食事	完了食・離乳食（初期・中期・後期）・母乳・混合・ミルク（乳首サイズ）					
	偏食：有・無 好きな食べ物： 嫌いな食べ物：	食べ方：哺乳瓶・ストロー・コップ・手づかみ・スプーン				
排泄	オムツ・パンツ（常時・就寝時のみ）・その他（ ）					
睡眠	昼寝：有・無（時間： 位）	姿勢：うつ伏せ・仰向け・横向き				
	寝かせ方：一人で寝る・添い寝 おんぶ・抱っこ	くせ：指しゃぶり・その他（ ）				
好きな遊び						
くせ	爪噛み・指しゃぶり・その他（ ）					
緊急連絡先 （地震も含む）	第一	氏名		本人との続柄		
		連絡先		電話		
		連絡先からの所要時間及び方法 約 分（約 km）徒歩・自転車・自家用車・バス・電車・その他（ ）				
	第二	氏名		本人との続柄		
		連絡先		電話		
		連絡先からの所要時間及び方法 約 分（約 km）徒歩・自転車・自家用車・バス・電車・その他（ ）				
保 険 証	種類	被保険者名（扶養者）	記号	番号	保険者番号	子ども医療費受給者番号
	社保・国保 共済					

【一時預かり 予約日希望票】

月		登録番号	ふりがな 児童名
利用を希望する理由	・就労 ・職業訓練 ・就学 ・傷病 ・入院 ・出産 ・介護 ・冠婚葬祭 ・リフレッシュ ・兄弟の行事 ・その他()		

・日時・曜日などご希望の日がある 1日保育・半日保育(午前・午後)・どちらでもいい
 ()

・希望日はない

※利用できる日は 1～3 日程度となります。希望される人数によってはご希望に添えない場合もあります。

<備考>

○予約開始日 1 週間後をめぐりに予約決定のご連絡をさせていただきます。

【一時預かり 予約日希望票】

月		登録番号	ふりがな 児童名
利用を希望する理由	・就労 ・職業訓練 ・就学 ・傷病 ・入院 ・出産 ・介護 ・冠婚葬祭 ・リフレッシュ ・兄弟の行事 ・その他()		

・日時・曜日などご希望の日がある 1日保育・半日保育(午前・午後)・どちらでもいい
 ()

・希望日はない

※利用できる日は 1～3 日程度となります。希望される人数によってはご希望に添えない場合もあります。

<備考>

○予約開始日 1 週間後をめぐりに予約決定のご連絡をさせていただきます。