ホッと館利用申込書

申請日　平成　年　月　日

町村名	

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	年齢 歳　ヶ月	体重 kg
保護者名		緊急連絡先	自宅・勤務先（　　）	
			電話番号	
			携帯電話番号	
備　考	熱性けいれん　（ 有 ・ 無 ）			
今回診療を受けた医療機関	診察年月日	平成　年　月　日		
	医療機関名			
現在の症状	（〇印を付けて下さい） 発熱　・ 下痢（　回）　・ 嘔吐（　回）・ 咳 ・ 鼻水　・ 発疹　・ 湿疹 その他（いつからこの症状が始まりましたか。経過を具体的にお書き下さい。）			
保育をする上で気を付けて欲しい事	・食物アレルギー（ 有 ・ 無 ）　・種類（　　） ・体質、クセなどがあれば記入して下さい。			
好きな遊び				

※ 必要時、お書き下さい

水分補給	コップで飲める　・　ストロー　・　哺乳瓶使用
食　事	一人で出来る（ はし・ スプーン ）　・　半分くらい　・　全く出来ない
排　泄	一人で出来る　・　おむつ　・　トレーニング中
午　睡	とんとんされて眠る　・　抱かないと眠れない　・　一人で眠れる
その他	
利用の予定期間	平成　年　月　日　～　平成　年　月　日
利用の予定時間	午前 ・ 午後　時　分　～　午前 ・ 午後　時　分
給食の利用	利用する　・　利用しない