

ホッと館利用申込書

申請日 年 月 日

町村名

ふりがな			年齢	体重
児童氏名	(人中第 子)	男 ・ 女	歳 ヶ月	kg
保護者名		緊急連絡先	自宅・勤務先 ()	
			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	年 月 日		
	医 療 機 関 名			
現在の症状	(○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 () ・療育や訓練を受けている (有 ・ 無) ・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			
内服	飲んでくれる ・ 嫌がる ・ 何かに混ぜないと飲まない ・ その他			
利用の予定期間	年 月 日 ～ 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			