益城町一時預かり事業登録申請補助票

記入日（令和　　年　　月　　日）現在

ふりがな		生年月日	平成 令和　　年　　月　　日	登録番号（　　―　　）	
児童名				登録年度（　　）歳児	

出産歴	第　　子	性別	男・女	分娩	□　正期産 □　早産（　　ヶ月）	出生時体重	ｸﾞﾗﾑ
						血液型	型・不明

哺乳・食事等	哺　乳 ※1	□　母乳　　□　混合　　□　粉ミルク　　□　その他 ※1　離乳完了前のみ記入してください。 哺乳瓶の利用ができない場合は、施設利用を受け付けられない場合があります。
	離　乳	開始（　　）ヶ月　　完了（　　）歳（　　）ヶ月
	偏食等	□　なし　　□　あり 好むもの（　　）　嫌うもの（　　）
	間　食	１日（　　）回
発達・健康状態 ※2	病歴・持病等	□　なし　□　あり【病名・症状　　】 □　通院中　□　入院歴(□有　□無)　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
	健診等での指導事項	□　なし　□　あり【　　】 言葉や発達、病気等について相談している関係機関・施設等 □　なし　□　あり【関係機関・施設等名　　】
	手帳等	□　なし　□　あり【身体障害者手帳・療育手帳・その他（　　）】 加配（特別な支援）の希望　□　なし　□　あり（希望に添えない場合もあります）
	アレルギー	□　なし　□　あり【卵・乳・小麦・その他（　　）】

主治医	内　科	TEL　　―　　―	外　科	TEL　　―　　―

その他	児童の性格
	一時預かりの利用にあたり、健康上または発育上、心配な点がありましたらご記入ください

緊急時の連絡先　（連絡がとれる順に、必ず相手方の承諾を得てからご記入ください）			送迎の方 ○をつけてください
名前	続柄	TEL	
1.	□　父　□　母　□　その他（　　）	―　　―	
2.	□　父　□　母　□　その他（　　）	―　　―	
3.	□　父　□　母　□　その他（　　）	―　　―	