

横浜市乳幼児一時預かり事業おひさまほかほか専用登録票

記入日 年 月 日

氏名		愛称	性別	生年月日				
			男・女	西暦	年	月	日	
住所	〒				自宅電話番号			
					携帯電話番号		続柄	
					携帯電話番号		続柄	

家族構成

氏名	続柄	生年月日	勤務先(通学・通園先)	電話番号

普段の日常生活について

体質について	平熱	℃	既往症	MR 予防接種	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
	ひきつけ・けいれん		なし・あり (歳 カ月)			
アレルギー	食物	なし・あり()		症状		
	その他	あり・なし()		症状		
食事の様子	食事量	少なめ・普通・多め・むらがある				
	好きな食べ物			嫌いな食べ物		
離乳食・食事	前期・中期・後期+ミルク(cc)or 母乳(あり・なし)・完了・幼児食					
排泄	トイレでできる トレーニング中 オムツ その他()					
	(紙オムツ・布オムツ・布パンツ)					
	便	普通・ゆるめ・固め(一日 回)				
睡眠	(就寝) : ~ (起床) :		午睡	しない・する(1日 回)		
	抱っこ(たて・よこ) トントン おんぶ その他()					
発達	気になることはない・気になっている()					
	*診断名が付いている()					
好きな遊び				苦手なこと・怖がること		
保育上気になること・配慮してほしいことについてお書きください						

施設側メモ
