

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
-------