＜子育てステーション成城＞　ほっとステイ利用登録票

※太枠内の全ての項目にご記入ください。

登録番号：７０６

氏名	ふりがな 家庭での呼び方：（　　）	性別 男 女	生年月日 平成・令和　　年　　月　　日 登録時（　　歳　　か月） 血液型
住所	〒　　－ 世田谷区 マンション・アパート名：		
保護者氏名 続柄（　　）	ふりがな	携帯電話　：　　－　　－ 勤務先　： 勤務先電話　：　　－　　－	
保護者氏名 続柄（　　）	ふりがな	携帯電話　：　　－　　－ 勤務先　： 勤務先電話　：　　－　　－	
兄弟姉妹の有無	いる　（兄・弟・姉・妹＿＿＿＿歳　兄・弟・姉・妹＿＿＿＿歳）　／　いない		

平熱	度　　分			
既往症 今までかかったもの全てに○をしてください	インフルエンザ　・　百日咳　・　はしか　・　おたふくかぜ　・　風疹　・　水疱瘡　・　プール熱　・　結核 腸管出血性大腸菌感染症　・　はやり目　・　急性出血性結膜　・　溶連菌感染症　・　手足口病　・　とびひ 肺炎　・　川崎病　・　喘息　・　突発性発疹　・　ひきつけ　・　脱臼　・　熱性けいれん　・　その他（			
アレルギー	有・無	原因	症状	処置	施設で気をつけること
	アナフィラキシーショックを起こしたことはありますか？		はい（　　年　　月頃）　・　いいえ	
健康生活	発達などのことで相談している病院や施設はありますか？		はい　病院名・施設名（　　）病名（　　） いいえ	
	健康上または発達上で気になることはありますか？		はい いいえ	
かかりつけ小児科医	病院名：		電話番号：	

生活のリズム	就寝	就寝～起床時間：　　：　　～　　： お昼寝時間　：　いつも（　　：　　～　　：　　）・　時々　・　しない 寝かしつけ　：　1人で　・　添い寝　・　うつぶせ寝　・　仰向け　・　抱っこ　・　おんぶ 寝つき　：　良い　・　悪い
	排泄	トレーニング中：　知らせる　・　知らせない（　遠い　／　普通　／　近い　） トイレに　：　1人で行く　・　一緒に行く
お預けの経験	あり　：　祖父母　／　親戚　／　保育ママ　／　その他（　　）　・　なし	

※上記の情報は、ほっとステイ（一時預かり）の目的以外には使用いたしません。

（担当者記入欄）

世田谷区在住の4か月から小学校就学前までのお子さまが対象です。
母子手帳と乳幼児医療書をお持ちください。

登録日　令和　　年　　月　　日
登録者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

更新日	印	更新日	印	更新日	印	更新日	印	更新日	印