

様式第1号（第7条関係）

こども未来館一時預かり利用登録申請書

年 月 日

豊橋市長 様

〒  
住所  
氏名  
電話

こども未来館一時預かり事業実施要綱第7条第1項に基づき、次のとおり利用登録申請します。

ふりがな					生年月日		年 月 日	
乳幼児名	男 女				生年月日		(満 歳 月)	
況 保 護 者 及 び 家 族 の 状 (利用乳幼児は除く)	氏 名	年齢	性別	続柄	職業又は学年			
利用を希望する理由								
登録期間	年 月 日 から			年 月 日				
緊急連絡先	氏 名	続柄		電話番号				
				- -				
健康状態等								

※ 以下は記入しないでください。

その他留意すること等	
------------	--

一時預かり 乳幼児の記録

記録日	年 月 日	児童名 <small>ふりがな</small>	呼び名 ( 歳 月) 男・女			
生育歴	出産の状況：正常分娩・異常分娩（仮死・早産・その他） 出生体重：( ) g 首の座り：( ) ヶ月 家族歴：無・有（病名）					
既往歴						
健康の状態	アレルギー疾患	食物アレルギー：無・有（除去：必要・不要） 【医師の診断：有・無 病院名】 【お預かり中の食事・おやつ時の配慮（机を別にする）：有・無】※必須事項 原因食物：卵・乳製品・小麦・そば・大豆・ピーナッツ・えび・かに その他（） 喘息：無・有（吸入：必要・不要） その他：アレルギー性鼻炎・アレルギー結膜炎・アトピー性皮膚炎 その他（）				
	その他疾患	熱性けいれん：無・有（直近 歳 か月頃 計 回程度） てんかん：無・有（服薬：有・無 直近 歳 か月頃 計 回程度） 慢性疾患：無・心臓病・ヘルニア・その他（） 脱臼：無・有（肩・肘・股関節） 最近した病気や怪我：無・有（） 視覚：異常なし・遠視・近視・弱視・斜視・その他（） 聴覚：異常なし・聞こえが悪い・難聴・その他（）				
普段の様子	平熱： 度					
かかりつけ医	医院・病院（連絡先）					
乳幼児健康診 査受診状況	4 か月児健康診査	受けた・受けない 指導（無・有）指導内容（）				
	1 歳 6 か月児健康診査	受けた・受けない 指導（無・有）指導内容（）				
	3 歳児健康診査	受けた・受けない 指導（無・有）指導内容（）				
食事	形状：完了食・離乳食					
	偏食：有・無 好きな食べ物： 嫌いな食べ物：	食べ方：哺乳瓶・ストロー・コップ 手づかみ・スプーン				
排泄	オムツ・パンツ（常時・就寝時のみ）・その他（）					
睡眠	昼寝：有・無（時間： 位） 寝かせ方：一人で寝る・添い寝 おんぶ・抱っこ	姿勢：うつ伏せ・仰向け・横向き くせ：指しゃぶり・その他（）				
好きな遊び						
くせ	爪噛み・指しゃぶり・その他（）					
緊急連絡先 （地震も含む）	第一	氏名	本人との続柄			
		連絡先	電話			
		連絡先からの所要時間及び方法 約 分（約 km）徒歩・自転車・自家用車・バス・電車・その他（）				
	第二	氏名	本人との続柄			
		連絡先	電話			
		連絡先からの所要時間及び方法 約 分（約 km）徒歩・自転車・自家用車・バス・電車・その他（）				
保 険 証	種類	被保険者名（扶養者）	記号	番号	保険者番号	子ども医療費受給者番号
	社保・国保 共済					