

一時預かり保育 利用登録書

登録番号	R7-
登録日	R 年 月 日

■登録・利用されるこどもについて

ふりがな		性別	男・女
こどもの名前		生年月日	西暦 年 月 日
			歳 ヶ月
住所	川西市		
通院及び既往歴	①心疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名等:)	
	②呼吸器疾患(ぜんそく等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名等:)	
	③糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細等:)	
	④てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細等:)	
	⑤けいれん(熱性けいれん等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数: 回 最後にかかった日: 年 月頃 °C	
	⑥脱臼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細等:)	
	⑦アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細等:)	
	⑧その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名等:)	
医療的ケアの必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細等)		
定期的な与薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細等)		
健康面・発達面で気になること	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細等)		
託児経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (施設・祖父母・その他)		
受診した健康診査	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳児		
昼 寝	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する(: ~ :)		
すきな遊び			

■同居の家族及び送迎に来られる方(登録されたこども以外)

名 前(ふりがな)	続柄	生年月日	連絡先	同居以外の方の住所	連絡順	備考
-----		西暦 年 月 日				
-----		西暦 年 月 日				
-----		西暦 年 月 日				
-----		西暦 年 月 日				
-----		西暦 年 月 日				
-----		西暦 年 月 日				

◎記載いただいた個人情報は、一時預かり事業以外の目的には使用しません。

■同意項目

- 利用時間、方法、料金(追加料金含む)について
- 持ち物について
- お預かりできない場合について
- 薬等の預かりについて
- 体調不良時のお迎えについて
- 緊急時の閉所について
- 本登録の有効期限は、令和7年4月から翌年3月末日まで

左記重要事項の説明を受け、同意しました

令和 年 月 日

署名 _____

本人確認

保護者: マイナンバー 運転免許証 健康保険証 その他()
こども: マイナンバー 乳幼児医療証 健康保険証 その他()

【受付: 】