

利用する子どもの情報

氏名	ふりがな	会員番号	※事務局記入欄
住所	〒	TEL・FAX	
	新上五島町	携帯電話	
緊急連絡先①	氏名：	続柄：	TEL：
緊急連絡先②	氏名：	続柄：	TEL：
援助を依頼する 予定の子どもの 情報	ふりがな	学年・クラス	保育所・幼稚園・学校名
		年 組	
	年 月 日 生まれ（ 歳 カ月）（愛称 ちゃん・くん）		
兄弟の氏名等		（ 歳）	<備考>
		（ 歳）	
		（ 歳）	
生活のリズム	起床時間	： 頃	お昼寝の時間
	昼食時間	： 頃	： ～ ：
	就寝時間	： 頃	<自宅でのお昼寝の様子>
	おやつ時間	： . ：	
食事・おやつ	食 事	<input type="checkbox"/> 普通食・ <input type="checkbox"/> 離乳食（ ） <input type="checkbox"/> ミルク cc/回	
		<input type="checkbox"/> 自分で食べる ・ <input type="checkbox"/> 食べさせる	
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（ ）	
	好き嫌い	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（ ）	
排 泄	おむつ	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	おしっこ <input type="checkbox"/> 自分で言う・ <input type="checkbox"/> 時間を決めて誘う
			うんち <input type="checkbox"/> 自分で言う・ <input type="checkbox"/> 時間を決めて誘う
	<備考>		
健康状態	体温（平熱）	度 分	<備考>
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（ 歳 カ月の時）	
その他の アレルギー	ペット	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（ ）	
	その他		
その他伝えて おきたい情報			

上記についてお知らせします

年 月 日

氏名

印