

ほっとステイ登録書

担 当	
登 録 日	
ほっとステイ登録番号	

ふりがな		住所
保護者のお名前		電話番号

【利用されるお子さまについて】

ふりがな		男 ・ 女	第 子
お子さまの名前		年 月 日生 (歳 カ月)	ご兄弟・姉妹 有 ・ 無

【緊急連絡先】 ※必ず繋がる連絡先を記載してください。

第1連絡先	ふりがな		【勤務先】 ☎ 携帯番号 続柄 ()
	お名前		
第2連絡先	ふりがな		【勤務先】 ☎ 携帯番号 続柄 ()
	お名前		

【かかりつけ医】

病 院 名	電 話 番 号	血 液 型
担 当 医 ()		型

※個人病院等で休館日は、園指定の病院を受診します。

健康保険証	区 分	被保険者氏名	記 号	番 号
	国保 ・ 社保 ・ 共済			
	事 業 所 名			

①保育園で事故、怪我があった際には東京医療センターを
希望します ・ 希望しません

②緊急時は輸血を
希望します ・ 希望しません

※緊急時には最寄りの東京医療センターの受診に同意します。

氏名

㊦

【送迎に来られる方】

ふりがな		続柄	TEL	住所
氏 名				
ふりがな		続柄	TEL	住所
氏 名				

【食事について】

アレルギー	有 ・ 無 ※有の方は下に具体的に記入
	具体的に記入 アナフィラキシーショック 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> エピペン使用 <input type="checkbox"/> 飲み薬使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
食 事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合
	<input type="checkbox"/> ミルク (cc) メーカー【 】
	<input type="checkbox"/> その他 ()

【普段の過ごし方】

好きな遊び	
寝かしつける時	<input type="checkbox"/> 1人で寝られる <input type="checkbox"/> 寝かしつけが必要 (縦抱っこ ・ 横抱っこ ・ おんぶ)

【その他伝えておきたいこと (喘息・関節脱臼・ひきつけ・熱性けいれんなど)】

--

【備考】

- 母子手帳 保険証のコピー 乳児医療証のコピー

【利用規約について】

- 同意します 同意しません

保護者氏名

④