＜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：７０３

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・水痘瘡・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1歳から小学校就学前までのお子さまが対象です。

母子手帳＋乳幼児医療書のコピーをお持ちください。

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