

キッズスペース ルピナス 利用申込書

登録日	平成	年	月	日
児童氏名				

■ 登録・利用するお子さまについて（1）

児童の名前（ふりがな）		（愛称）		性別	お子さまの写真	
				男 ・ 女		
生年月日	西暦	年	月	日生 ※登録時：	歳	ヶ月
出生歴	第（ ）子※早産の場合はお聞かせ下さい（ ）か月早産					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（物質名と症状： ）					
	<input type="checkbox"/> 食物、動物、薬・その他アレルギーがあり、検査で陽性反応あり					
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショックの経験： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）才（ ）か月頃					
	<input type="checkbox"/> 検査はしていない、または陰性だったが控えている（控えている理由： ）					
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数： 回（初回 ）才（ ）ヶ月頃 ・ 最後 ）才（ ）ヶ月頃					
その他健康	現在、通院・経過観察中の病気		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ 具体的に：			
常用薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→（1日 回）疾患名：		薬名：			
留意事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→具体的に：					
託児経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（託児経験： <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 数か月に一回 <input type="checkbox"/> 毎月数回利用）					

■ 保護者について

申込者氏名	Ⓜ [お子さまとの続柄：]
ご住所	〒
メールアドレス （緊急用・携帯）	体調不良や災害時の緊急対応等に使用します。保育中に持ち歩く携帯のアドレスをお願いします。 @
主な登録目的	<input type="checkbox"/> 緊急時の備え <input type="checkbox"/> 親のリフレッシュ、息抜き <input type="checkbox"/> 親の冠婚葬祭
	<input type="checkbox"/> 親のサークル、習い事 <input type="checkbox"/> 親の就労 <input type="checkbox"/> 親の就労準備・職業訓練・通学
	<input type="checkbox"/> 親の通院・疾病のための療養 <input type="checkbox"/> 兄弟の行事やPTA活動など
	<input type="checkbox"/> 兄弟の通院、療養 <input type="checkbox"/> こどもに集団生活や多様な経験をさせたいため
	<input type="checkbox"/> その他：（ ）
個人情報公開	<input type="checkbox"/> 連絡帳・持ち物への記名
	<input type="checkbox"/> 運営上必要な書類への記名
	<input type="checkbox"/> 保育時の写真やビデオの撮影（活動の記録・Web等の広報用）

■ 緊急連絡先

順位	氏名（ふりがな）	続柄	性別	緊急連絡時TEL	
1			男・女	(携帯)	
				(自宅)	
2			男・女	(携帯・自宅)	
3			男・女	(携帯・自宅)	

登録・利用するお子さまについて（2）

児童名

生活リズム

日常的な生活の様子をお聞かせ下さい（睡眠・食事・ミルク・遊び時間 など）

4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4
好きなあそび																								
ミルク		種類など	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク〔回数： 回/1日〕〔量： cc/1回〕																					
その他留意点		<input type="checkbox"/> 哺乳瓶に慣れていない <input type="checkbox"/> 授乳間隔が不規則 <input type="checkbox"/> 飲みがすすみにくい・時間がかかる																						
食事		段階	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食〔回数：回/1日〕〔段階： <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了〕																					
食べ方		<input type="checkbox"/> 要補助 <input type="checkbox"/> 自分で食べることができるが一部補助																						
		<input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べることができる〔 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸（右・左）																						
その他留意点		<input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 食ベムラがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅め <input type="checkbox"/> その他（																						
排泄		オムツ / パンツ		<input type="checkbox"/> オムツ常時着用 <input type="checkbox"/> オムツ午睡・就寝時のみ着用																				
				<input type="checkbox"/> トレーニングパンツ着用 <input type="checkbox"/> パンツ常時着用																				
トイレ（尿）		<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でできる〔 <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない〕																						
トイレ（便）		<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でできる〔 <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない〕																						
午睡		午睡の有無	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する〔午睡時間： 時から 時〕																					
寝つき等		<input type="checkbox"/> すぐに眠る <input type="checkbox"/> 眠るまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅く途中で起きてしまう																						
		<input type="checkbox"/> 眠ることを嫌がる																						
午睡時の誘導		(例)抱っこでゆらゆら、添い寝でトントン、好きなタオルやおしゃぶりを持って寝るなど																						
言葉		<input type="checkbox"/> 喃語（なんご） <input type="checkbox"/> 単語がでる <input type="checkbox"/> おとなの言葉に反応 <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる																						
		<input type="checkbox"/> 普通に会話ができる <input type="checkbox"/> よくしゃべる <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> はっきりしている																						
		<input type="checkbox"/> わかりにくい・どもる <input type="checkbox"/> 言葉が遅め <input type="checkbox"/> その他（																						
対人		<input type="checkbox"/> 人見知りしない <input type="checkbox"/> 人見知りする																						
		お友だちと： <input type="checkbox"/> 一緒にあそぶのが好き <input type="checkbox"/> 大人数は慣れていない <input type="checkbox"/> 手が出ることもある																						
		<input type="checkbox"/> 噛むことがある																						
成長		<input type="checkbox"/> 首すわり（ ヶ月） <input type="checkbox"/> 寝返り（ 才 ヶ月） <input type="checkbox"/> おすわり（ 才 ヶ月）																						
		<input type="checkbox"/> 自立歩行（ 才 ヶ月）																						
かかりつけ医		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医療機関名：																						
		所在地：											電話番号：											
怪我・発熱時		<input type="checkbox"/> 絆創膏 <input type="checkbox"/> 冷却シートでの冷却 <input type="checkbox"/> アイスノンでの冷却																						
その他		保育にあたって、心配なこと・配慮してほしいこと・伝えておきたいこと																						

【登録時の確認欄】 説明面談 未 済 担当者：

申込書	母子手帳	写真添付	印鑑捺印	保険証	医療証	身分証