

緊急連絡先

面接日	年 月 日	利用時間	: ~ :	
保護者名		住所		
第一	氏名	本人との続柄		
	連絡先	電話	自宅	
			携帯	
	連絡先からの所要時間及びその方法 約 時間 分 [約 km] 徒歩 自転車 自家用車 バス 電車 その他			
第二	氏名	本人との続柄		
	連絡先	電話	自宅	
			携帯	
	連絡先からの所要時間及びその方法 約 時間 分 [約 km] 徒歩 自転車 自家用車 バス 電車 その他			

健康チェック表

ふりがな

名前

生年月日 年 月 日 (歳)

平熱		呼び方	
持病		排泄	
熱性けいれんを起こしたことがありますか。 ない ある(最終 年 月 日)			
使用してはいけない薬品:			
食事	好き・嫌い: 無 有()		
	アレルギー: 無 有(食べてはいけない食品)		
	離乳食の状況:		
昼寝	寝かし方:		
	時間:	時 ~ 時	時間位
特に気をつけること			
その他 好きな遊び、兄弟構成、他の一時保育を利用したことがあるかなど			