

ほっとステイ ノンナ 利用登録申請書

更新表							SIDS チェック
4月							
医療証							

※二重線以下をご記入ください。

氏名	ふりがな	男 女	生年月日
	ご家庭での愛称：		年 月 日 登録時 (歳 か月) 血液型 型
住所	〒 世田谷区 マンション・アパート名		
保護者氏名 (母)	ふりがな	携帯電話：	
		勤務先 電話番号： ()	
保護者氏名 (父)	ふりがな	携帯電話：	
		勤務先 電話番号： ()	
兄弟姉妹の有無	いる (兄・姉・弟・妹 歳、 兄・姉・弟・妹 歳) ・ いない		
送迎方法	所要時間		

・ご家庭の様子

食事	食事の段階	母乳・混合・粉乳・離乳食前期・中期・後期・完了食・幼児食さざみ・幼児食・その他 ()								
	食欲	ある・普通・むらがある・その他	授乳・食事時のくせ							
	食べ方	大人が全て食べさせる・自分でも食べながら介助必要・ひとりで食べる・その他								
	食具	手づかみ・スプーン・フォーク・はし	コップ	ひとりで飲む・大人が手を添えて飲む・経験がない						
	偏食	無・有	好きなもの	苦手なもの						
除去食	除去しているもの		摂取した時に起こる症状							
睡眠	起床	午前寝	昼寝	就寝	寝つき	良・悪	寝起き	良・悪	眠り	深い・普通・浅い
	:	~	~	:	寝方	添い寝・抱っこ・おんぶ・一人・その他				
					入眠時のくせ					
排泄	日中	紙おむつ ・ 布おむつ ・ パンツ			睡眠時	紙おむつ ・ 布おむつ ・ パンツ				
	小便	教える・時々教える・出たら教える・教えない			自分で拭ける・少々拭ける・拭けない					
	大便	教える・時々教える・出たら教える・教えない			自分で拭ける・少々拭ける・拭けない					
	尿意・便意を教えるときのくせ									
清潔	手洗い	自分で洗う・手を添えて洗う・経験がない								
着脱	自分で着る・出来る所まで着る・大人が着せている・その他									
運動	転びやすい・不器用・運動恐怖・その他									
言語	はっきり言える・言えない・二語文・一語文・理解して行動する 話しかけると顔を向ける・まだ理解していない・その他					話す言葉				
遊び	一人でも遊ぶ・兄弟と遊ぶ・大人を求める・人見知りをする					友達	同年齢・年上・年下			
	好きな遊び・おもちゃ									
性格						くせ				

身長と体重	cm		kg		平熱	度	分
出産	週	所要時間	時間	分	安産・難産（ 自然分娩・鉗分娩・吸引分娩・帝王切開		
出産時の体重	g		発達	首すわり	ヶ月	寝返り	ヶ月
				お座り	ヶ月	はいはい	ヶ月
				ひとり座り	ヶ月	つかまり立ち	ヶ月
				伝い歩き	ヶ月	歩行開始	ヶ月
健診	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1歳		
既往歴	インフルエンザ・百日咳（歳）・はしか（歳）・おたふく（歳）・風疹（歳） 水痘（歳）・脱臼（歳）・肺炎（歳）・中耳炎（歳）・プール熱・結核 はやり目・急性出血性結膜炎・溶連菌感染症・手足口病・とびひ・川崎病・喘息 突発性発疹・ひきつけ・熱性けいれん・その他（						
予防接種	BCG・4種混合・混合MR(麻疹・風疹)・水ぼうそう・おたふく 日本脳炎・インフルエンザ・ヒブ・肺炎球菌(プレベナー)						
かかりやすい病気	風邪・便秘・下痢・じんましん・その他 症状:						
アレルギー	ある・ない						
	原因	症状		処置	施設で気をつけること		
健康生活	障害者手帳または、愛の手帳をお持ちですか？			はい（）級・度			
	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？						
	ほっとステイ利用にあたり健康上または、発達上で気になることはありますか？						
かかりつけ医	小児科/病院名： 電話番号：						
預かりの経験	・他施設の一時預かり経験　　ない・ある → 週（）回（）時間　位利用 ・保護者以外に預けた経験　　ない・ある → 誰に（） 週・月（）回位・時々・まれに						

※母子手帳・乳幼児医療証のコピー・親子写真とともに、ご提出ください。

しおりの趣旨に同意して利用します。

登録日：　　年　　月　　日　　登録者：氏名

スタッフ記入欄	面談者_____
---------	----------

災害が発生した場合、又は警戒警報が発令された場合、お子様のお迎えをお願い致します。
 その際、事故防止の為、あらかじめ届け出された方にのみお引渡し致しますのでご了承ください。
 災害時を想定し、父母以外は速やかにお迎えできる方にご依頼の上、記入してください。また、その方の氏名・
 連絡先等を常時控えておかれることをおすすめ致します。変更が生じた場合は、随時ノンナにお知らせください。

年 月 日

(ふりがな) 氏名		年 月 日生まれ (満 才 ヶ月)	血液型	型
保護者氏名				
住所	TEL			
引取り人氏名	続柄	連絡先名・TEL	所要時間	園記入欄
第一	母			/ /
第二	父			(災・訓) (災・訓)
第三			時間	
第四			引取り人	
第五			引渡し人	

SIDS（乳幼児突然死症候群）チェックリスト

登録番号 _____ 名前 _____ 生年月日 _____ (_____ 月)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1	出生体重	g	
2	在胎週数	() 週 () 日	
3	性別	①女	②男
4	第何子	第 子	
5	栄養方法(現在)	①母乳 ③離乳食	②ミルク ④普通食
6	普段の睡眠中の着衣	①薄着 ②普通 ③厚着	
7	発達の様子	①順調 ②ゆっくり ③観察中()	
8	基礎疾患の有無	①なし	②あり()
9	これまでに無呼吸やチアノーゼ発作の既往	①なし	②あり (病名)
10	母親・父親の年齢	母 _____ 歳、	父 _____ 歳
11	母親の喫煙	①なし	②あり
12	父親の喫煙	①なし	②あり
13	同胞のSIDS又はSIDS疑い、原因不明のALTE(突発性危急事態)の有無	①なし ②あり (SIDS ・原因不明のALTE)	

<備考>

--