

【第 28 回日本精神科救急学会学術総会】 託児利用 申込書

申込書 FAX:088-821-8220

| | | | |
|-------|-----------|--------------|------------------------|
| 申込者名 | (フリガナ) | お子さまとの 続柄 | |
| お子さま名 | (フリガナ) | 男 女 | 愛称： 歳 ヶ月 (H 年 月 日生) |
| 連絡先 | 住所 (〒 -) | | |
| | TEL : | 当日の緊急連絡先 : | |
| | E-mail : | | |

託児を希望する利用日時について チェックと各項目への記入をお願いします

| | |
|---|---|
| 月 日 () 託児を利用 <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない | 月 日 () 託児を利用 <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない |
| 利用する予定時間を記入してください : ~ : まで利用 | 利用する予定時間を記入してください : ~ : まで利用 |

お子さまについて にチェックと各項目への記入をお願いします

| | |
|-------------------|---|
| 健康状態 | 平熱の体温 : |
| | 今までに大きな病気やケガをしたことがありますか <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (歳頃) |
| | 今までに痙攣・ひきつけを起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり () |
| | 身体について注意することがあればご記入ください |
| アレルギー 既往症など | <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (食品などの除去・制限している場合もご記入をお願いします) |
| ミルク・母乳 離乳食など | <input type="checkbox"/> ミルク → 1回 CC (時間おき) <input type="checkbox"/> 母乳 → (時間おき) |
| | <input type="checkbox"/> 離乳食 → 時間 時頃 (食量 :) 食後のミルク <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (cc) |
| 排 泄 | <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 一人のできない 排泄時の注意事項 : |
| 睡 眠 | お昼寝 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (時頃 ~ 時頃くらい) |
| | 日常の起床時刻 (時頃くらい) 日常の就寝時刻 (時頃くらい) |
| 日常の保育 | <input type="checkbox"/> 家庭での保育 <input type="checkbox"/> 集団保育 その他 () |
| 好きな遊び・癖 連絡事項など | |