

福岡市立中央児童会館 あいくる 一時預かり事業 個人調査票

記入日

年

月

日

下記項目について、ご記入ください。

ふりがな		ふりがな	
お子さん 氏名		記入者 氏名	
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	続柄	
E-mail		TEL	

【お子さんの状況】

(1) 平熱 (°C)	これまで最も高い熱 (°C)
(2) 食事について <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 / <input type="checkbox"/> 離乳食 () 回食 / <input type="checkbox"/> 普通食	
(3) アレルギーがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・・・ある場合は、別紙1「アレルギー等の状況調査票」をご記入ください。	
(4) これまで大きな病気やケガはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・・・ある場合 (病名・症状) 入院された場合 年 月ごろ / 期間 () 日常生活で配慮していること ()	
(5) 肘や肩などの関節がぬけたことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・・・ある場合 いつごろ？ (年 月) 部位 () 頻度 ()	
(6) けいれんの経験はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・・・ある場合 ※ 直近の状況をお書きください。 いつごろ？ (年 月) 熱性けいれんの場合 () °C	
(7) 障害者手帳はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・・・お持ちの場合 取得年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> その他 ()	
(8) その他 お預かりする際に配慮することがあればお書きください。 例) ぜんそく、アトピー性皮膚炎、ハウスダストアレルギー など	

【備考】

【送迎される方】

名 前	生年月日	続柄	連絡先	身分証明書
	年 月 日生			
	年 月 日生			
	年 月 日生			
	年 月 日生			
	年 月 日生			

【確認事項】

個人情報の取り扱いについて

一時預かり室利用登録票、個人調査票および食物アレルギー等の状況調査票に記入された内容は、福岡市立中央児童会館あいくるで実施している一時預かり事業での利用にのみ使用いたします。

緊急時の対応について

緊急事態が発生した場合、緊急連絡先に書かれている順位で連絡をします。保護者または、緊急時の連絡先に連絡が取れない場合は、施設にて緊急性やお子さんの安全等を考慮し緊急対応を行います。(例：救急搬送など)。

利用の制限について

お迎えの時間に遅れるなど、運営に支障をきたす場合は、次回以降の利用をお断りする場合がございます。

変更事項があった場合の連絡について

電話番号、E-mail、住所、お子様の状況、送迎者、など変更が出た場合は必ずご連絡ください。

以上の件について了承いたします

保護者氏名

【施設職員記載欄】

提出書類	<input type="checkbox"/> 利用登録票 <input type="checkbox"/> 送迎される方全員の身分証明の写し <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個人調査票 <input type="checkbox"/> 医療証(健康保険証)の写し	
該当者	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー等の状況調査票 <input type="checkbox"/> 非課税証明書(原本確認) <input type="checkbox"/> 非課税証明書(写し)	<input type="checkbox"/> 保育料決定通知書(原本確認) <input type="checkbox"/> 保育料決定通知書(写し)	<input type="checkbox"/> 緊急受診証(原本確認) <input type="checkbox"/> 緊急受診証(写し)