

様式第2号（第6条関係）（対象児童ごとに記載）

三戸町子育て短期支援事業利用児童確認票

令和 年 月 日

ふりがな			生年月日	平成 令和	年 月 日	性別	男・女
対象児童氏名	愛称（ ）		年齢	歳		血液型	型
健康保険	保険の種類（ ）記号番号（ ）						
主たる養育者	対象児童との続柄（ ）		通園・通学先	無・有（ ） クラス（ ）			
生活のリズム	起床 時 分 (状態：)	午睡 時 分 ~ 時 分 (状態：)	就寝 時 分 (状態：)				
栄養	粉乳（メーカー ） ミルク：量（1回 cc） 回数（1日 回） 母乳 ・ 混合 ・ 離乳食 ・ 普通食 アレルギー 無・有（ ）						
既往症			出産時の異常	有・無			
持病	有（病名： ） （医療機関名： ） 無		体型上の特徴				
障がい	有（ ） 無		手帳	有（身体 ・ 精神 ・ 愛護 級） 無			
特異体質	有（ ） 無		傷あと 湿疹など	有（ ） 無			
性格・癖等							
育児上注意 していた点							
預かり物品	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 子ども医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> おくすり手帳		<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 衣服類（ ） <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・歯磨き粉・コップ <input type="checkbox"/> お気に入り・安心グッズ <input type="checkbox"/> その他（ ）		常用薬 内服薬 日分 外用薬 日分 服用状況		
参考事項							
入所日時	年 月 日 午前 ・ 午後 時 分		退所日時	年 月 日 午前 ・ 午後 時 分			