

弘前市トワイライトステイ利用登録申込書

※受付 年 月 日		※登録番号			
住所	弘前市大字上白銀町1-1			090-1111-1111	
登録児童	フリガナ	ヒロサキ サクラ	性別	生年月日	入所施設・学校名・学年等
	氏名	弘前 さくら	男 女	平成 令和 25年 5月 1日	弘前小学校 3年
登録希望理由	1 就労 2 就学 3 職業訓練 4 介護 5 その他 ( )				
児童と同居している家族	続柄	氏名		あてはまるものに○をしてください。その他の場合はカッコ内に具体的に理由を記入してください。	
	父	弘前 一郎	S		
	母	弘前 花子	S	60・6・6	(株)△△販売
	兄	弘前 弘太郎	H	23・7・7	〇〇小学校◎年
	祖母	弘前 幸子	S	30・8・8	(有)□□食品
緊急連絡先	1 母の勤務先(いる所) または 携帯電話	0172 - 35 - 1131			
	2 父の勤務先(いる所) または 携帯電話	080 - 8888 - 8888			
	3 祖母の勤務先(いる所) または 携帯電話	090 - 9999 - 9999			
トワイライトステイを利用したいので、上記のとおり利用登録を希望します。また、トワイライトステイの実施に必要な範囲で、この申込書に記載された情報を利用することに同意します。				備考	
令和 3年 4月 1日				緊急連絡先は、優先度が高いものから順に記入してください。	
弘前市長 様				保護者ご本人が自署する場合は押印不要です。	
保護者氏名 弘前 一郎				弘前	
※本人が自署しない場合は、記名押印してください。					

(※裏面【登録児童の状況】についてもご記入ください。)

※ 利用資格調査

<input type="checkbox"/> トワイライトステイの対象児童として認められる	調査月日
	令和 年 月 日
	調査員

トソイフイトスアイの対象児童として認められない  
(理由: )

--

【登録児童の状況】

健康状態など	平熱 <u>36.5</u> °C 今まで手術を受けたこと <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (手術箇所： 現在、治療中の病気・けがなど <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (病名： ひきつけをおこしたこと <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (頻度： 対処法： ) 少しの運動で息切れや顔色が悪くなる <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (対処法： ) アトピー性皮膚炎 <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (対処法： ) アレルギー (食物・その他) <input type="checkbox"/> ない ・ <input checked="" type="checkbox"/> ある (種類： <b>卵</b> 対処法： <b>内服薬</b> ) アナフィラキシーショック <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (種類： 対処法： )
食事	主な時間 朝 ( <b>7時00分頃</b> ) 昼 ( <b>12時00分頃</b> ) 夜 ( <b>6時00分頃</b> ) 食事方法 <input checked="" type="checkbox"/> ひとりで食べる <input type="checkbox"/> 補助が必要 (程度： <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 少し ) 好きな食べ物 ( <b>いちご</b> )、嫌いな食べ物 ( <b>ピーマン</b> ) 食事制限 <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある ( <b>卵</b> )
睡眠	主な時間 夜 <b>9時00分頃</b> ~ 朝 <b>6時00分頃</b> まで 寝るときのくせ ( ) 昼寝 <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> しない (時間) <b>13時00分頃</b> ~ <b>15時00分頃</b> まで
排泄	方法 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> 知らせる <input checked="" type="checkbox"/> 自立 大便 <input checked="" type="checkbox"/> 1日 1回 (午前 時頃、午後 <b>7時</b> 頃) <input type="checkbox"/> 不定 小便 <input type="checkbox"/> 時間おき <input checked="" type="checkbox"/> 不定 おねしょ <input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> ( )
性格・発達など	人見知り <input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> しない 言葉 <input checked="" type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> はっきりしない (喃語・単語・幼児語) 歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立まだ <input type="checkbox"/> ( )
	お子さんのくせや気になるところ <input type="checkbox"/> ない ・ <input checked="" type="checkbox"/> ある ( <b>指しゃぶり(たまに)</b> )
	発達・健康についての特記事項 (※診断を受けている方必須) <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある ( )

お子さんの健康状態や生活状況など、裏面はもれなく記入してください。

※登録児童の状況確認

確認方法	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ( )	※ 実施施設使用欄
	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

備 考	
-----	--

(担当及び提出先:健康こども部こども家庭課)