

令和6年度弘前市トワイライトステイ事業利用登録申込書

※受付 年 月 日		※登録番号			
住所	〒036-8003 弘前市大字駅前町9番地20			TEL 0172-40-3976	
登録児童	フリガナ	ヒロサキ サクラ	性別	男	
	氏名	弘前 さくら	生年月日	平成27年5月1日 令和	
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	生年月日	勤務先・学校名等	備考
	父	弘前 一郎	S60・5・5	〇〇会社	
	母	弘前 花子	S60・6・6	(株)△△販売	
	兄	弘前 弘太郎	H25・7・7	〇〇小学校◎年	
	祖母	弘前 幸子	S30・8・8		
			.	.	
緊急連絡先	1	母の勤務先(いる所) または (携帯電話)	090 - 2222 - 2222		
	2	母の(勤務先(いる所)) または 携帯電話	1234 - 56 - 7899		
	3	父の勤務先(いる所) または (携帯電話)	080 - 3333 - 3333		
トワイライトステイ事業を利用したいので、上記のとおり利用登録を申し込みます。また、トワイライトステイ事業の実施に必要な範囲において、実施施設が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 6年 4月 1日  弘前市長 殿  保護者氏名 <b>弘前 花子</b>					

保育園、認定こども園、その他通所している施設名を記入してください。

1~5のうち、あてはまるものを○で囲んでください。その他の場合はカッコ内に理由をご記入ください。

登録児童と同居している親族等全員を記入してください。

優先順位の高い番号から順に記入してください。

※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事業の対象児童として認められる  <input type="checkbox"/> トワイライトステイ事業の対象児童として認められない (理由: )	調査月日
	令和 年 月 日
	調査員

【登録児童の状況】

健康状態など	平熱 <b>36.5</b> °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: _____ 時期: _____ 年 _____ 月 _____)
	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: _____ 症状: _____)
	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: 卵 対処法: 内服薬 _____)
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 (7時00分頃) 昼 (12時00分頃) 夜 (18時00分頃)
	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 checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( _____ )
睡眠	主な時間 夜 <b>21時00分頃</b> ~ 朝 <b>6時00分頃</b> まで
	寝るときのくせ ( <b>お気に入りの毛布をにぎる</b> )
	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 7時頃、午後 _____ 時頃) <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 指しゃぶり (たまに)
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	

当てはまる項目をチェックしてください。  
※特に( )の中はお子様の健康管理をするうえで大切な事項になりますので、詳細をご記入ください。

発達状況などについて記入してください。  
※「ある」の場合、できるだけ詳しく記入してください。(療育を受けているかなど)  
※診断を受けている場合は必ず記入してください。

※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：弘前市こども家庭センター)