一時保育事業利用登録票

（　1・2歳児用　）

備考欄	

氏名	ふりがな 家庭での呼び名：	男 女	生年月日 平成　年　月　日 （　歳　か月） 血液型

住所	〒 世田谷区 マンション・アパート名			電話　03（　）	
保護者氏名（母）	ふりがな			携帯電話（　） 勤務先 TEL	
保護者氏名（父）	ふりがな			携帯電話（　） 勤務先 TEL	
同居家族	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢

出生時	体重　g 身長　cm　正常・異常　（早産／帝王切開／吸引）		
既往歴	インフルエンザ・百日咳・はしか・おたふくかぜ・風疹・水痘・プール熱・結核 腸管出血性大腸菌感染症・はやり目・急性出血性結膜炎・溶連菌感染症・手足口病 とびひ・肺炎・川崎病・喘息・突発性発疹・ひきつけ・脱臼・その他（　）		
予防接種	BCG（　・　・　）	MR①（　・　・　）　②（　・　・　）	
	ポリオ①（　・　・　）　②（　・　・　）　③（　・　・　）　追加（　・　・　）		
	三種混合（DPT）又は四種混合（DPT－IPV）　①（　・　・　）　②（　・　・　）　③（　・　・　）　追加（　・　・　）	日本脳炎　（　・　・　）	
	小児用肺炎球菌　①（　・　・　）　②（　・　・　）　③（　・　・　）　追加（　・　・　）		
	インフルエンザ菌b型（Hib）①（　・　・　）②（　・　・　）③（　・　・　）追加（　・　・　）		
アレルギー	ある・ないのどちらかに○をつけてください。 ある　→　あると答えた方は別紙にご記入ください。 ・ ない		
健康生活	障害者手帳または愛の手帳をお持ちですか？	はい（　）級・度 いいえ	
	発達などのことで相談している病院や施設はありますか？	はい　病院・施設名： 病名等： いいえ	
	ほっとステイ利用にあたり健康上または発達上、気になることがありますか？		
かかりつけ医		電話（　） カルテNo.	

発育		首のすわり（　　か月）寝返り（　　か月）　おすわり（　　か月） 人見知り（　　か月）　はう（　　か月）つかまり立ち（　　か月） 歩き始め（　　か月）走る（　　か月）歯の生え始め（　　か月） 現在（　　本）
お子さんの普段の様子	睡眠	起床時間　　時　　分ごろ 一人で起きる ・ 起こされて起きる ・ 目覚めが悪い 午睡時間　している　　時　　分～　　時　　分 時々する　　しない 寝かせ方　一人で ・ 添い寝（誰と　　）・ うつぶせ ・ 仰向け ・ 抱っこ 寝つき　　良い ・ 悪い
	排泄	おむつ　　している ・ していない ・ 寝るときだけしている トレーニング中　　教える ・ 態度で示す ・ 教えない トイレに　　ひとりで行く ・ 一緒に行く
	食事	母乳 ・ ミルク ・ フォローアップミルク　　飲んでいる ・ 飲んでいない （いつ　　毎食後 ・ 寝る前 ・ 他　　回／日） （ 哺乳瓶 ・ マグマグ ・ コップ ） 朝食　　時　　分ごろ 食欲は　ある ・ ない 誰と（　　） 昼食　　時　　分ごろ 食欲は　ある ・ ない 誰と（　　） おやつ　1日　　回 時間を　決めている ・ 決めていない どんなもの（　　） 食べ方　食べさせてもらう（誰に　　） 自分で食べる ・ 手づかみ （くせ　　）
	遊び	一人で遊ぶことができる　　はい ・ いいえ 好きな遊び・おもちゃ 大人が相手をすると喜びますか　　はい ・ いいえ 誰と（　　） どんなことをして（　　） テレビやビデオを　　見ている ・ 見せていない 時間　決めている　　分／日 決めていない ・ つけっ放し

預かりは初めてですか？　　はい ・ いいえ
祖母 ・ 祖父 ・ 友人 ・ ベビーシッター ・ 親戚
預かり施設（具体的に）

平熱　　度くらい ・ わからない

＊ お子さんの状態を把握するために、記入漏れのないようにお願いいたします。
裏面に 健康保険証・乳児医療証・最新の乳児検診の写しを添付してください。