

一時保育事業利用登録票

備考欄

年 月 日記入

(3歳以上用)

年度登録

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

住所	〒 電話 03 ()					
	世田谷区					
	マンション・アパート名					
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・熱性けいれん 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 (. .)
	B型肝炎① (. .) ② (. .) ③ (. .)	
	四種混合① (. .) ② (. .) ③ (. .)	
	日本脳炎 ① (. .) ② (. .)	水痘① (. .) ② (. .)
	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.	

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	朝食 時 分ごろ 食欲は ある・ない 誰と() 食事の面で気になること()
	遊び	好きな遊び・おもちゃ 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。
健康保険証・乳児医療証の写しを添付してください。

更新時 内容確認	年度	年度	年度	年度