

令和3年度 一時保育事業利用登録票

(3・4・5歳児用)

記入日： 月 日

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

住所	〒	電話	03 ()
	世田谷区		
	マンション・アパート名		

続柄	氏名(ふりがな)	生年月日	勤務先・通学先
同居している家族構成		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

緊急連絡先	1 番目	ふりがな	続柄	電話番号	携帯・自宅会社
		氏名			
	2 番目	ふりがな	続柄	電話番号	携帯・自宅会社
		氏名			
	3 番目	ふりがな	続柄	電話番号	携帯・自宅会社
		氏名			

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	MR：1回目 2回目
	B型肝炎：1回目 2回目 3回目	水痘：1回目 2回目
	四種混合：1回目 2回目 3回目	日本脳炎：1回目 2回目 3回目
	小児用肺炎球菌：1回目 2回目 3回目 追加	おたふく：1回目 2回目
	インフルエンザ菌b型(Hib)：1回目 2回目 3回目 4回目	

アレルギー	ある・ない
	あると答えた方は 物質名と症状： アナフィラキシーショックの経験：無・有(才ヶ月ごろ)

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
	一時保育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 03 ()
	カルテNo.

【生活リズム（幼稚園、食事、睡眠などを記入してください）】

0時	2時	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
平熱： 度くらい ・ わからない											

お子さんの 普段の様子	睡眠	午睡： している 時々している していない 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	食欲： たくさん 普通 少し 好き嫌い： ない 少しある たくさんある () 食べ方： 手づかみ フォーク スプーン 箸 食事面で気になること
	遊び	好きな遊び・おもちゃ
	対人	人見知りをする： はい ・ いいえ 友だちと： 一緒に遊ぶのが好き ・ 大人数はなれていない 手がでることがある ・ 噛むことがある
	言葉	よくしゃべる あまり話さない わかりにくい、どもる 言葉が遅め

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）

※お子さんの状態を把握するために、記入漏れのないようお願いいたします。

※面談時に利用登録票と健康保険証・乳児医療証の写しを必ずお持ち下さい。

