

令和 年度 一時保育事業利用登録票

(1 ・ 2 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：		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 氏名	続柄	電話番号	携帯・自宅会社
	2 番目	ふりがな 氏名	続柄	電話番号	携帯・自宅会社
3 番目	ふりがな 氏名	続柄	電話番号	携帯・自宅会社	

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 (H i b)：1回目 2回目 3回目 4回目	

アレルギー	ある ・ ない
	あると答えの方は 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（授乳、昼寝、食事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	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	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 大人に食べさせてもらう（いす・抱っこ） ※一時保育では離乳食の提供はありません。 普通食に移行してからの登園をお願いしています。
	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
	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	喃語 単語が出る 簡単な会話ができる 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。