

令和 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			令和
			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 (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？	

