

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

