

## 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 生年月日 令和 年 月 日 ( 歳 か月 ) 血液型
	家庭での呼び名：		

住所	〒 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
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

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 ケ月ごろ)				
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：											

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にお願いいたします。

※面談時に利用登録票を必ずお持ち下さい。