

## 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
	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	

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(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？	

