

一時保育利用登録票

記入日 令和 年 月 日

登録番号		(○印をつけるか記入をしてください。わからないところは、無記入でも結構です。)		
ふりがな 児童氏名		平成・令和 年 月 日生 ( 歳 カ月)	男・女	第 子
保護者名	(父)	(母)	お子さんの愛称	
連絡先	(自宅住所)	電話 ( - - )		
	第1連絡先(続柄)	電話 ( - - )		
	第2連絡先(続柄)	電話 ( - - )		
	第3連絡先(続柄)	電話 ( - - )		
【家族構成】 父 母 兄 ( 歳 ) 姉 ( 歳 ) 妹 ( 歳 ) 弟 ( 歳 ) 祖父 祖母 【昼間はどなたがみておられますか】 父 母 祖父母 保育園 ( ) 幼稚園 ( ) 小学校 ( )				
●妊娠中・出生時の状況	生まれたときの 体重 ( g ) 身長 ( cm )			
妊娠中、異常がありましたか (いいえ、はい) (不正出血・妊娠中毒症・ ) お産は予定通りでしたか (はい・いいえ) ( 日早い・遅い、 在胎 週 ) 生まれてすぐ泣きましたか (はい・いいえ) ( ) 黄疸は強かったですか (いいえ・はい) (光線療法：受けた・受けない) けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか (いいえ・はい)				
●発育の様子	首のすわり ( カ月頃 ) 寝返り ( カ月頃 ) おすわり ( カ月頃 ) つかまり立ち ( カ月頃 ) 一人歩き ( カ月頃 ) 人見知り ( カ月頃 ) 発語(意味のある言葉) ( 歳 カ月頃 ) お子さんの発育は順調でしたか (はい・いいえ) 栄養法(母乳・ミルク・混合) 離乳食開始時期 ( カ月 ) 現在は ( ) 食			
●既往歴	麻疹 風疹 おたふくかぜ 水ぼうそう 百日咳 突発性発疹 肺炎 喘息 中耳炎 髄膜炎 川崎病 アレルギー性皮膚炎 ひきつけ (その他 )			
●入院歴	なし・あり( 病名 入院期間 )			
●予防接種	(予防接種済のものに○をしてください)			
B型肝炎	( 1回目 2回目 3回目 )	結核 (BCG)	( 1回目 )	
ヒブワクチン	( 1回目 2回目 3回目 4回目 )	麻しん風疹(MR)	( 1回目 2回目 )	
小児用肺炎球菌	( 1回目 2回目 3回目 4回目 )	日本脳炎	( 1回目 2回目 3回目 )	
四種混合・三種混合 不活性化ポリオ	( 1回目 2回目 3回目 4回目 )	水痘	( 1回目 2回目 )	
		おたふくかぜ	( 1回目 2回目 )	
●アレルギーについて	薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか。 (いいえ・はい ( ) ) 食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか。 (いいえ・はい ( ) ) 「はい」の方で食事制限を受けている物がありますか。 ( )			
●その他	常時服薬中の薬がありますか。(なし・あり : 喘息・抗けいれん剤・その他 ) 薬の飲み方は ( ) お子さんの平熱は ( ) 度位 排泄の自立は オムツ・トレーニング中(言える・言えない)・自分でできる 寝る時は 一人で・添い寝・おんぶ・だっこ・他 ( ) 好きな食べ物 ( ) 嫌いな食べ物 ( ) 好きな遊びは ( ) その他お子さんの癖は ( )			
何か気になること、心配なことがあればお書きください				