

登録番号

令和 年度 一時保育利用登録書

登録 令和 年 月 日

児童の氏名(フリガナ)		愛称(呼び名)	性別	写真貼付	
			男・女		
生年月日	令和 年 月 日				
4月1日(年度初め)時点の年齢	歳 ヶ月				
記入者(保護者)	〒 自宅電話() 携帯電話				
	住所				
	氏名				
家族の状況	氏名	続柄	年齢	生年月日	勤務先または学校・学年
利用申請事由	具体的に記入してください(例:就労・職業訓練・就学・入院・介護・その他)				
緊急連絡先	氏名		児童との続柄		
	住所		電話番号		
世帯状況 (○で囲んでください)	1. 生活保護世帯 2. 市民税非課税世帯 3. ひとり親世帯 4. 世帯年収360万未満世帯 5. その他の世帯				
(園記入欄)					
提出物	保険証 ・ 医療証 ・ 母子手帳 ・ アレルギー確認				

児童名

現在の保育	家庭 ・ その他、利用施設名()													
食事	家庭で牛乳を 飲んでいる(コップで飲めますか？ YES / NO) ・ 飲んだことがない													
	家庭で卵を 食べている ・ 食べたことがない													
	食物アレルギー	あり ・ なし 除去食品()												
	食欲	あり ・ なし 時間がかかる												
	好き嫌い	あり ・ なし 嫌いな食品()												
	食べ方	手づかみ ・ フォークスプーン ・ 箸 ・ 食べさせてもらう												
排泄	オムツ	している ・ していない ・ トイレトレーニング中												
	大便	おしえる ・ 出たらおしえる ・ おしえない												
睡眠	就寝時間() 起床時間() 朝食時間()													
	昼寝	している(何時頃からどれくらい？) ・ していない												
	寝るときの癖や注意事項													
遊び	お友達と遊んでいましたか？ (遊んでいた ・ ひとり遊び) 好きな遊び() 砂遊び (OK ・ NO) 水遊び (OK ・ NO)													
アレルギー	あり (何によるものですか？例:食物、動物、植物、薬) ・ なし アレルギー疾患 (気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ その他) ・ なし													
予防接種 (該当するものに○印)	4種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)				日本脳炎			MR(麻疹・風疹)		BCG				
	I 期・1回目	I 期・2回目	I 期・3回目	I 期・追加	I 期・1回目	I 期・2回目	I 期・追加	I 期	II 期					
	Hib(ヒブ)				肺炎球菌			流行性耳下腺炎		水痘				
	1回目	2回目	3回目	追加	1回目	2回目	3回目	追加	1回目	2回目			1回目	2回目
感染症 (かかったことがあるものに○印)	麻疹 ・ 風疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 水痘 ・ 突発性発疹													
体質的なこと	風邪をひきやすい 便秘しやすい 下痢しやすい 吐きやすい(の時に) 湿疹ができやすい じんましんがでやすい 口内炎になりやすい 鼻血が出やすい 中耳炎になりやすい 関節がはずれやすい(部位) 熱を出しやすい 痙攣をおこしたことがある(何度で？何によるものですか？) その他()													
平熱	℃		出産時の異常		なし ・ あり(どのような？)									
心配なこと														
医師から指導されていること 特に配慮が必要なこと														
かかりつけの医療機関		電話()												