

年末保育利用登録台帳

全年齢共通

歳児

きぼう保育園 園長宛

申請年月日 令和 年 月 日

利用する日にちに○を付けてください。

利用予定日 12月 29日 ・ 30日

| | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------|-----|-------------------|----------------|-----|-----|---|
| ふりがな | | | 生年月日 | H・R | 年 | 月 | 日 |
| 児童名 | | | | | (満 | 歳) | |
| (ふりがな) 保護者名 (申請者) | 印 | | 社保・国保 | 健康保険証 記号 番号 | | | |
| 乳幼児医療証 | 負担者番号 | | 受給者番号 | | | | |
| 住 所 | 〒 葛飾区 | | かかりつけ 医療機関 | 病院名 | | | |
| | TEL 父携帯 母携帯 | | | TEL | | | |
| 連 絡 先 | 順 位 | 氏 名 | 電 話 番 号 | 続 柄 | 備 考 | | |
| | 第1連絡先 | | | | | | |
| | 第2連絡先 | | | | | | |
| | 第3連絡先 | | | | | | |
| 家 族 構 成 | 氏 名 | 続柄 | 年 齢 | 氏 名 | 続柄 | 年 齢 | |
| | | 父 | | | | | |
| | | 母 | | | | | |
| | | 本人 | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

お子さまについて

| | | | | | | | | | |
|--------|--------------------|---------|------|------------------|-----|---------|------|-----|--|
| 愛称・呼び方 | | | 体 重 | kg | 平 熱 | ℃ | | | |
| 健康状態 | アレルギーはありますか？ | | 1 ない | 2 ある (薬品) (食品) | | | | | |
| | ひきつけを起こしたことがありますか？ | | 1 ない | 2 ある (回数 回位) | | | | | |
| | かかりやすい病気はありますか？ | | 1 ない | 2 ある () | | | | | |
| 予防接種 | B 型 | 1 期・2 期 | 小児用 | 1 期・2 期 | MR | 1 期・2 期 | その他 | | |
| | 肝炎 | 3 期 | 肺 炎 | 3 期・4 期 | 水痘 | 1 期・2 期 | | | |
| | ヒブ | 1 期・2 期 | 球 菌 | 追加 | 日本 | 1 期・2 期 | | | |
| | | 3 期・4 期 | 四 種 | 1 期・2 期 | 脳炎 | 3 期・学童期 | | | |
| | BCG | 1 回 | 混 合 | 3 期・4 期 | | | | | |
| 既往歴 | 麻疹 | | 風疹 | | 水痘 | | おたふく | その他 | |

*** アレルギーをお持ちのお子様は別途医師の指示所が必要となります。**

既存の園にご提出されている指示書の写しを持参ください。

また、アレルギーをお持ちの方は電話にてお問い合わせくださいますようお願い致します。

指示書の写しがない場合、保育はできませんのでご了承ください。

※コロナウイルス感染防止のため、保護者及び同居家族に37.5℃以上の発熱者が居る場合及び本人及び同居家族がPCR検査結果待ち・同居家族が濃厚接触者になった場合などは判定結果が出るまでの期間、保育をお断り致します。

また、お子さんが前日に37.5℃以上の発熱があった場合、当日にある場合も保育をお断り致します。

第1種～5種感染症及び指定感染症・胃腸炎（嘔吐・下痢症状がある場合も同様）に罹患している場合もお子さまをお預かりすることはできません。

感染者を出さないための配慮となりますのでご了承くださいますようお願い致します。

利用までの生活状況

歳児(2歳～5歳用)

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|---|----|---|-------|-------------------|--|-----|-----------------------|--|-----|-------------------|--|-----|--------------------|--|-----|----------------------------------|--|-----|
| 子どもの 発育歴 | 栄養 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人口 首のすわり ()ヶ月 ハイハイ ()ヶ月 | 離乳終了 ()歳 ()ヶ月 ひとりですわる ()ヶ月 歩きはじめ ()ヶ月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | 食事の量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 偏食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 使うもの <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク | 睡眠 ひとりで寝る・抱っこ・添い寝 おんぶ・ねぼける・指しゃぶり その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の 嗜好 | <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">好きなもの</td> <td style="text-align: center;">苦手なもの</td> </tr> <tr> <td>1 肉・魚・卵などを好んで食べるか</td> <td><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>2 牛乳・小魚・海藻類などを好んで食べるか</td> <td><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>3 野菜・果汁などを好んで食べるか</td> <td><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>4 ごはん・麺類などを好んで食べるか</td> <td><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>5 ジュース・炭酸飲料・おかし・乳飲料 などを好んで飲むか</td> <td><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ()</td> <td>()</td> </tr> </table> | | | 好きなもの | 苦手なもの | 1 肉・魚・卵などを好んで食べるか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () | () | 2 牛乳・小魚・海藻類などを好んで食べるか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () | () | 3 野菜・果汁などを好んで食べるか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () | () | 4 ごはん・麺類などを好んで食べるか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () | () | 5 ジュース・炭酸飲料・おかし・乳飲料 などを好んで飲むか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () | () |
| | 好きなもの | 苦手なもの | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 肉・魚・卵などを好んで食べるか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 牛乳・小魚・海藻類などを好んで食べるか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 野菜・果汁などを好んで食べるか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 ごはん・麺類などを好んで食べるか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 ジュース・炭酸飲料・おかし・乳飲料 などを好んで飲むか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性格 | <input type="checkbox"/> 素直 <input type="checkbox"/> 活発 <input type="checkbox"/> 優しい <input type="checkbox"/> 潔癖 <input type="checkbox"/> やんちゃ <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> すねる <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> その他 () | <table border="0"> <tr> <td>着脱</td> <td>自分で着替えが <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>できない <input type="checkbox"/>着せてもらいたがる <input type="checkbox"/>その他 ()</td> </tr> </table> | 着脱 | 自分で着替えが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 着せてもらいたがる <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 着脱 | 自分で着替えが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 着せてもらいたがる <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 排泄 | 自分で <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 夜尿 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 布おむつ | <table border="0"> <tr> <td>遊び</td> <td> 1 ひとり遊び <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>できない 2 友だち <input type="checkbox"/>いない <input type="checkbox"/>いる(男・女) 3 好きな玩具() 4 好きな遊び() 5 主な遊び () 6 テレビ 1日()時間 7 小遣い () </td> </tr> </table> | 遊び | 1 ひとり遊び <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 2 友だち <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(男・女) 3 好きな玩具() 4 好きな遊び() 5 主な遊び () 6 テレビ 1日()時間 7 小遣い () | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遊び | 1 ひとり遊び <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 2 友だち <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(男・女) 3 好きな玩具() 4 好きな遊び() 5 主な遊び () 6 テレビ 1日()時間 7 小遣い () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 言語 | <input type="checkbox"/> かたこと <input type="checkbox"/> はっきりしてる <input type="checkbox"/> わかりにくい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 癖 | <input type="checkbox"/> つめかみ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 睡眠 | ひとりで寝ることができる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () 寝る時の癖がある <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ 睡眠時何か持っている则安心できるものが <input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保育歴 | 1 自宅で主に世話をした人 ()歳から ()歳まで) 児童との関係() 2 いままで他の施設にいたか()歳から ()歳まで) 施設名 () 3 集団生活の経験は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(一時保育・子育て広場・児童館などの経験) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | 保育上、特に注意すること(健康状態・アレルギー等で知らせておきたいことなど) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|----|---|--|---|
| 授乳 | 1 母乳を与えた月 (月～ 月) 2 ミルクを与えた月(月～ 月) 3 果汁を与えた月 (月) 果物の種類() 4 牛乳を与えた月 (月～ 月) 現在の状態(2倍に薄めたもの・そのまま・その他) 何で飲むことができますか <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> マグマグ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ 現在の与える状態 <input type="checkbox"/> 温かくしたもの <input type="checkbox"/> ぬるいもの <input type="checkbox"/> 冷たいもの 5 初乳を与えましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 6 乳の種類 <input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人口乳 7 時間と量 ミルクのメーカー () 1日の回数(回)・1回の量(cc) 時間 (規則的【 時間おき】・不規則) | 8 温度と乳首 温度 <input type="checkbox"/> 熱め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ぬるめ 使用している哺乳瓶・乳首 メーカー() サイズ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Xカット <input type="checkbox"/> Yカット) 9 授乳方法 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 寝かせて <input type="checkbox"/> 1人で <input type="checkbox"/> 持たせて <input type="checkbox"/> その他() 吐くことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない どんな時吐きますか？ () ゲップはでますか？ () 飲んでからおよそ 分位 10 コップは使えますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| | 食事 | 1 離乳食をはじめたのは(月) 2 現在の食事の内容は <input type="checkbox"/> 大人とほとんど同じ <input type="checkbox"/> 大人用を煮返す <input type="checkbox"/> 別に調理する 3 どんな状態ですか？ <input type="checkbox"/> ドロドロ <input type="checkbox"/> ベタベタ <input type="checkbox"/> ツブツブ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> やわらかく煮たもの 4 与え方 <input type="checkbox"/> 抱いて <input type="checkbox"/> 椅子に座らせて <input type="checkbox"/> その他() 5 食べ方で気になる点がありますか？ <input type="checkbox"/> 口の中のためやすい・吐きやすい <input type="checkbox"/> のどに引っかかりやすい・すいたべ <input type="checkbox"/> かまずにのみ込む(まるのみ) <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他() 6 方法 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる <input type="checkbox"/> スプーンやフォークで自ら食べる <input type="checkbox"/> 箸を使って自分で食べる | 7 離乳食についての指導を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> はい どこで() <input type="checkbox"/> いいえ 8 食べると発疹や下痢をおこすもの () 9 アレルギー(本人・両親)体質ですか <input type="checkbox"/> はい 何に対して() <input type="checkbox"/> いいえ 10 ベビーフードを使ったことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 11 離乳食の完了 (月) 12 離乳食で好きな食べ物 () 13 嫌いな食べ物 () 14 食欲 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまりない |
| 遊 | | 好きな遊び 興味を持つもの | 睡 |
| 備 | 保育上、特に注意すること(健康状態・アレルギー等で知らせておきたいことなど) | | |

