

一時保育利用登録申請書兼登録台帳

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

		登録番号					
ふりがな			生年月日	H・R	年 月 日		
児童名					(満 歳)		
			性別	男 ・ 女			
(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	

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 () 月) ハイハイ () 月)	離乳終了 () 歳 () 月) ひとりですわる () 月) 歩きはじめ () 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	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 ()	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	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) どんなもの() 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可以安心できるものが <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)	

* アレルギーをお持ちの方は別途医師の指示所が必要となります。

病院を受診し、ドクターに記入してもらいましょう。

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。

指示書がない場合、保育はできませんのでご了承ください。