

一時預かり利用登録書

年 月 日 記入

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 平成・令和 年 月 日 生 (歳 カ月)	平熱
自宅住所(〒 —)		電話	

緊急連絡先		災害用連絡先メールアドレス	
通所保育施設		認可保育所・認定こども園・(小規模・事業所内・家庭的)保育事業所 ナースリールーム・家庭保育所 幼稚園・企業主導型保育事業所・その他の認可外保育施設	
かかりつけの 医師	医療機関名	医師名 電話	
家庭の状況	氏名	勤務先	携帯電話
父		電話	
母		電話	
兄弟姉妹：①男・女(歳) ②男・女(歳) 同居人：□祖父 □祖母 □その他の同居人()			
生育歴	妊娠中の異常：□なし □あり 出生時体重： g (週 日) 生まれつきの病気：□なし □あり(病名：) 検診歴：□乳幼児健診で異常を言われたことはない □健診での異常(発達・体重・身長・その他) 栄養：□母乳 □混合 □ミルク 離乳食開始時期： カ月		
既往歴	これまでにかかった大きな病気：□なし □あり() 内服薬：() これまでにかかった感染症：□突発性発疹 □麻疹 □水痘 □風疹 □百日咳 □おたふく 持病の有無：□アトピー性皮膚炎 □気管支喘息 □アレルギー性鼻炎 □アレルギー性結膜炎 □慢性肝炎 □糖尿病 □熱性けいれん □てんかん □その他()		
予防接種	□ヒブ(回・追加) □小児用肺炎球菌(回・追加) □4種混合(回・追加) □BCG □麻疹・風疹(回) □日本脳炎(回・追加) □水痘(回) □おたふく(回) □ロタウイルス(回) □B型肝炎(回) □その他()		
アレルギー	□なし □あり ・食物 牛乳・卵・牛肉・そば・大豆・小麦・その他() ・薬物 () ・その他()		
食事	乳児	ミルク：□母乳 □混合 □ミルク 1回量()ml 回数()回 離乳食：□初期 □中期 □後期 回数()/日	
	幼児	食べ方：□食べさせてもらう □自分で食べようとするが不十分 □自分で食べられる □手づかみ □スプーン・フォークを使う □はしを使う 食事量：□少ない □普通 □多い □むらがある 嫌いなもの()	
排泄	オムツ：□一日中 □寝るときだけ トイレ：□手伝ってもらう □ひとりでする したいとき：□動作で知らせる □言葉で知らせる □知らせない		
お昼寝	□する □しない □時々する 寝るときのくせ(ひとり寝、添い寝、タオルをもって寝るなど)()		
その他	体質、くせや性格、配慮してほしいこと、不安なことがあれば記入してください。		

記入者名