

■登録お子さんについて（1）

児童の名前	ふりがな	性別	血液型
		男 ・ 女	型
生年月日	西暦 年 月 日	申し込み時： 歳 ヶ月	
出生体重	g	cm	平熱 °C
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 原因食品・物質名 () <input type="checkbox"/> 植物、動物、薬、その他アレルギーがあり、検査で陽性反応有 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショックの経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 ヶ月頃) エピペン所持 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数 (回 初回： 歳 ヶ月・最後： 歳 ヶ月) ダイアアップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
その他の健康	現在、通院・経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に：) 大きな病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名： 治療状況 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 () 日常生活 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 配慮が必要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 常用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 留意してほしいこと <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
かかりつけ医	小児科： 耳鼻科： 眼科： 歯科： 皮膚科： 整形外科： その他		
健康診断	受診歴 <input type="checkbox"/> 4 ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 10 ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 1歳6 ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 3歳児検診 指摘事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容：)		
成長の様子	首が座った時期 (ヶ月) 寝返りした時期 (ヶ月) ハイハイをした時期 (ヶ月) 歩き始めた時期 (ヶ月) 単語を話した時期 (ヶ月) 2語文を話した時期 (歳 ヶ月)		
託児経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (託児経験 <input type="checkbox"/> 1回利用 <input type="checkbox"/> 2～5回利用 <input type="checkbox"/> 6回以上 <input type="checkbox"/> 定期的に利用)		

児童氏名	
------	--

■登録するお子さんについて (2)

生活のリズム	日常生活の様子をお聞かせください。(睡眠←睡眠→)、食事は(母・ミ・食)←遊び→など 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	
好きな遊び	誰とどんな遊び:	
ミルク	種類	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク (回数 回/1日、量 c c /1回)
	その他留意点	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶に慣れていない <input type="checkbox"/> 授乳間隔が不規則 <input type="checkbox"/> 飲みが進みにくい、時間がかかる
食事	段階	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (回数: 回/1日 段階: <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了)
	食べ方	<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自分で食べることが出来るが一部介助 <input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸 (右・左)
	その他留意点	<input type="checkbox"/> 少食 <input type="checkbox"/> 食べムラがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅い <input type="checkbox"/> その他()
排泄	おむつ/パンツ	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 午睡時、睡眠時のみおむつ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> パンツ
	トイレ (尿)	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人ができる (<input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない)
	トイレ (便)	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人ができる (<input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない)
睡眠	午睡の有無	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する (午前寝 時 ~ 時) (午睡 時 ~ 時)
	寝付きなど	<input type="checkbox"/> すぐに眠る <input type="checkbox"/> 眠るまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅く途中で起きてしまう <input type="checkbox"/> 眠ることを嫌がる
	ご家庭での睡眠の誘導	<input type="checkbox"/> 横抱き <input type="checkbox"/> 縦抱き <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> その他()
体質	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ言う <input type="checkbox"/> 咳が出やすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 蕁麻疹が出やすい <input type="checkbox"/> 肌が弱い <input type="checkbox"/> 肘が抜けやすい (右・左)	
言葉	<input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 単語が出る <input type="checkbox"/> 大人の言葉に反応 <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 普通に会話出来る <input type="checkbox"/> よく喋る <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> わかりにくい・どもる <input type="checkbox"/> 言葉が遅め その他 ()	
対人	<input type="checkbox"/> 人見知りしない <input type="checkbox"/> 人見知りする <input type="checkbox"/> お友達と遊ぶのが好き <input type="checkbox"/> 大人数は慣れていない <input type="checkbox"/> 手がでることがある <input type="checkbox"/> 嘔むことがある	
その他	一時預かり保育を利用するにあたり、配慮してほしいこと・伝えておきたいこと	

■保護者について

住所	〒 ー					
	氏名（ふりがな）	続柄	生年月日	勤務先または学校	勤務先電話番号	携帯
家族構成						
利用目的	<input type="checkbox"/> 保護者の就労や準備等 <input type="checkbox"/> 保護者のリフレッシュ <input type="checkbox"/> 保護者の用事 <input type="checkbox"/> こども園での生活や多様な体験をさせたいため <input type="checkbox"/> その他					

■緊急連絡先

連絡順	氏名（ふりがな）	続柄	連絡先名称	電話番号
1				
2				
3				

■同意事項

・登録時の提出書類（一時預かり申請書、一時預かり保育利用登録申し込み・同意書）、利用当日の持物の準備が揃っていない場合は受け入れできません。

・行事などの理由で受け入れをお断りする場合があります。

・37.5℃以上の熱がある場合、解熱後24時間経過していない場合、明らかに体調がすぐれない場合には受け入れできません。

・預かり中に発熱や体調不良がある場合は速やかにお迎えに来ていただきます。

・利用料金は当日払いとし、延長のあった場合はお迎え時に清算することとします。

以上のことに同意頂いた上で、一時預かりの利用登録を申し込みます。

年 月 日 申込者 印

■提出書類・持参いただく持ち物

一時預かり保育利用登録申し込み・同意書 一時預かり保育申請書 母子手帳 印鑑

【施設の確認欄】

説明面接	書類	母子手帳	印鑑	持ち物説明