

一時保育/定期利用保育/待機児童緊急対策 利用登録票

NO

ふりがな				性別	登録日	
児童名	(愛称)			男・女	年 月 日	
保護者名			続柄	児童の生年月日 年齢		
				年 月 日 歳		
現住所	〒 -			自宅電話番号 ( )		
				緊急連絡先 ( )		
健康保険証 記号		医院名		医院		
保険者名		電話				
かかりつけの医院		有・無		( )		
児童の家族関係と勤務先・連絡先						
氏名	続柄	生年月日	健康状態	職業	勤務先・連絡先	
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
周産期	出生体重 _____ g					
	妊娠中の異常 なし・あり ( )					
	出産時の異常 なし・あり ( )					
乳児期	首のすわり ( 月) おすわり ( 月) 一人歩き ( 月)					
	栄養法 ( 母乳 ・ 人工 ・ 混合 ) 離乳食開始 ( 前期 : 月)					
予防接種	BCG : 年 月 日		MR : (1回目 年 月 日)			
	4種混合 : I期 (1回目 年 月 日) (2回目 年 月 日) (3回目 年 月 日) (4回目 年 月 日)					
	B型肝炎	年 月 日		ロタリックス ロタテック	年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
	水疱瘡	年 月 日		おたふくかぜ	年 月 日	
	肺炎球菌	年 月 日		ヒブ	年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
日本脳炎	(1回目 年 月 日) (2回目 年 月 日) (3回目 年 月 日)					

※両面印刷でお願いいたします。

既往歴	麻疹： 年 月	水ぼうそう： 年 月		
	百日咳： 年 月	おたふくかぜ： 年 月		
	突発性発疹： 年 月	風 疹： 年 月		
	その他（具体的に）			
	熱性けいれん	ない・ある	これまでに 回 初回 才 ヶ月 最後 才 ヶ月	
			薬	ない ・ ある
			薬の名前	
	使用の目安		℃以上になったら	
	喘息 喘息様気管支炎	ない・ある	薬	使用している ・ いない ・ 発作時だけ
			薬の名前	
アトピー性皮膚炎	ない・ある	治療	内服薬 ・ 食事療法 ・ 外用薬（塗り薬）	
		薬の名前		
その他の慢性的な病気など	ない・ある	病 名		
		薬の使用	ない ・ ある	
		薬の名前		
入院したこと	ない・ある	(病名	才 ヶ月)	
		(病名	才 ヶ月)	
		(病名	才 ヶ月)	
食事	食欲傾向： 多 ・ 普 ・ 少	食事や食物の制限のある場合は具体的に		
	好きなもの			
	嫌いなもの			
<p>お子さんの写真と保護者の方（お迎えの方）の写真を貼ってください。枠におさまらなくても構いません。お顔がよく見えるものでお願いします。</p>				

※両面印刷をお願いいたします。