

一時保育登録票

面接日 年 月 日

※太枠内をご記入ください。

5歳児	4歳児	3歳児	2歳児	1歳児	0歳児

ふりがな 児童氏名	男・女		ふりがな 保護者		続柄	
	家での呼び名()					
生年月日	H・R		年	月	日	
現住所						
電話						
家族構成 (同居人 を含む)	氏名(ふりがな)	続柄	生年月日	勤務先名	勤務先電話番号	携帯電話番号

※緊急連絡先は必ず連絡が取れる番号を記入してください。

緊急時 連絡先	①氏名	児童と の関係	電話番号	
	②氏名	児童と の関係	電話番号	
	③氏名	児童と の関係	電話番号	

かかりつ けの病院	内科:	電話	内科以外:	電話

連絡等	保育中に発熱(概ね37.5℃以上)がある場合には連絡を入れさせていただきます。 37.5℃以下で連絡してほしい方は記入してください。()℃以上
	熱以外で連絡がほしい症状がありましたらご記入ください。 ()

児童についての伝達事項などがありましたらご記入ください。

子育て支援センターでは活動の様子を撮影することがあります。撮影はよろしいですか。

どちらかに○をつけてください。

・はい

・いいえ

一時保育中の活動の際に撮影された写真を広報、ホームページへの掲載に使用することはよろしいですか。

・はい

・いいえ

出産歴	お子さんの状況	身長 cm	体重 kg	出産時になにかありましたか。 ()	
発達	・首のすわり か月 ・つかまり立ち か月	・寝返り か月	・お座り か月	・はいはい か月	
体質	熱が出やすい	(はい・いいえ)	(伝えたいこと)		
	吐きやすい	(はい・いいえ)			
	下痢しやすい	(はい・いいえ)			
	便秘になりやすい	(はい・いいえ)			
	皮膚が弱い	(はい・いいえ)			
	中耳炎になりやすい	(はい・いいえ)			
	鼻血が出やすい	(はい・いいえ)			
骨折したことがある	(はい・いいえ)				
その他 ()					
脱臼しやすいですか(はい・いいえ)					
※「はい」の方はどの部位ですか。(肘(左・右) 肩(右・左) 股関節(右・左))					
食物アレルギーの有無(有・無)					
※「有」の方は何のアレルギーですか。()					
平熱(°C)					
今までに熱性けいれん(有・無) ※「有」の方は何歳の時ですか。()					
今までにかかった病気	病名	年齢	病名	年齢	(伝えたいこと)
	突発性発疹		川崎病		
	りんご病		心臓疾患		
	みずぼうそう		喘息		
	おたふく		熱性けいれん		
	麻疹		ひきつけ		
	風疹		(その他)		
<職員記入欄>					