

一時保育登録票

2021年度
むさしの森保育園
年 月 日 記入

ふりがな				愛称		
園児名				性別	男・女	
生年月日		平成 年 月 日生		血液型	型 RH(+・-)	
保護者名		(続柄:)	保険証番号			
住所		〒				
家族及び同居している人(本人を除く)	父	ふりがな		連絡先	勤務先等	
		(年 月 日生)			(その他)	
		携帯電話				
	母	ふりがな		連絡先	勤務先等	
		(年 月 日生)			(その他)	
		携帯電話				
	続柄	氏名	生年月日	備考(勤務先及び学校名等)		
		ふりがな	年 月 日生			
		ふりがな	年 月 日生			
		ふりがな	年 月 日生			
	ふりがな	年 月 日生				
	ふりがな	年 月 日生				
父母以外の送迎者						
氏名	ふりがな	続柄		住所		
				電話番号		
氏名	ふりがな	続柄		住所		
				電話番号		
一時保育利用の理由						

生育歴

出生歴	在胎期間	第 週 日				
	出生時	身長	cm	体重	g	
		頭囲	cm	胸囲	cm	
	新生児仮死・頭血腫・チアノーゼ・痙攣・黄疸(無・有→弱・強) 哺乳力微弱・啼泣力微弱・股関節開排制限・その他()					
	栄養方法	母乳・混合・人工乳	授乳回数/量：()時間毎・()cc・1日()回くらい			
			吐乳の有無：よくある・ときどきある・ない			
		離乳始め()ヶ月	離乳完了()歳()ヶ月			
	発育状況	笑う()ヶ月	首がすわる()ヶ月	寝返り()ヶ月		
		玩具を握る()ヶ月	人見知り()ヶ月	ひとりすわり()ヶ月		
		はいはい()ヶ月	つかまり立ち()ヶ月	歩行()ヶ月		
生歯()ヶ月		初語()ヶ月	卒乳()ヶ月			
発育歴	食事	好きなもの()		嫌いなもの()		
		量(多い・普通・少ない)		かかる時間()分程度		
		方法(手づかみ・スプーン・箸)				
	排泄	オムツ使用の場合(紙オムツ・布オムツ・睡眠時のみオムツ使用)				
		トイレで排便(ひとりできる・手助けをすればできる・できない)				
		トイレで排尿(ひとりできる・手助けをすればできる・できない)				
	睡眠	就寝()時	起床()時			
		昼寝(する[: ~ :][: ~ :]・しない)				
		寝つき(良い・悪い)	目覚め(良い・悪い)	添寝(する・しない)		
		寝る時の癖 無・有→()				
	着脱	ひとりできる・手助けをすればできる・できない				
	清潔	手洗い(ひとりできる・手助けすればできる・できない)				
		うがい(ひとりできる・手助けすればできる・できない)				
		歯みがき(ひとりできる・手助けすればできる・できない)				
		鼻をかむ(ひとりできる・手助けすればできる・できない)				
言葉	明瞭・不明瞭・その他()					
遊び	好きな遊び()	よく遊ぶ人は誰ですか？()				
保育歴	家庭(一緒に過ごしてた人：)・その他()					
	保育施設(施設名： _____、何歳から? _____ 歳 _____ 月から)					

病名	発症年齢	病名	発症年齢	病名	発症年齢
突発性発疹	歳 ヶ月	麻疹(はしか)	歳 ヶ月	風疹	歳 ヶ月
水痘(水ぼうそう)	歳 ヶ月	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	歳 ヶ月	百日咳	歳 ヶ月
川崎病	歳 ヶ月	肺炎	歳 ヶ月	肝炎	歳 ヶ月
けいれん	無・有 { (発症年齢 : 歳 ヶ月、発熱 : 度、回数 : 回) 座薬の指示 (有・無)				
喘息及び 喘息様気管支炎	無・有 { 毎日治療している・発作時だけ・治療していない どのような治療 ()				
アトピー性皮膚炎	無・有 (治療は : 内服薬・外服薬・食事療法・その他)				
脱臼	無・有 (部位 : 、回数 : 回) (部位 : 、回数 : 回)				
病癖及び 体質	中耳炎・肺炎・気管支炎・鼻炎・風邪をひきやすい・鼻血がでやすい 便秘・下痢・嘔吐しやすい・喉が腫れやすい・化膿しやすい・ヘルニア				
その他 大きな病気・ 怪我等	歳 ヶ月	病名:	経過:		
	歳 ヶ月	病名:	経過:		
	歳 ヶ月	病名:	経過:		
肌のトラブル	症状:		対策:		
その他注意を要する事項					
アレルギー	・ 食物アレルギー 無・有 (卵・乳製品・小麦・大豆・そば・落花生) (その他)				
	※詳しい状況をご記入下さい				
	・ 治療 無・有 (飲み薬・塗り薬・食事制限・その他:)				
	・ アナフィラキシー 無・有 (原因: 、症状:)				
	・ その他アレルギー 無・有 (ダニ・ハウスダスト・花粉・その他:)				
その他	・ 治療 無・有 (飲み薬・塗り薬・食事制限・その他:)				
	・ アナフィラキシー 無・有 (原因: 、症状:)				
その他	お子さんについて、健康面で気になること、園に伝えておきたいこと等がありましたらご記入ください。				
特記	非課税世帯に該当される方は園に申し出ください。				