

# 一時保育登録票

登録番号

登録日 令和 年 月 日( )

ふりがな <b>お子さんの氏名</b>		呼び名 (愛称)
生年月日: 年 月 日生	歳 ヶ月	第 子 性別 男・女

◆お子さんをお預かりするときの大切な情報です。 該当するものに○または正確に記入をして下さい。

現在の状況	身長・体重	身長 cm	体重 Kg	
	栄養方法 または 食事	・母乳 ・混合 ・ミルク ・離乳食(初期・中期・後期) ・自分で食べられない ・自分で食べる(手づかみ・スプーン)		
	睡眠	・寝るときの様子 抱っこ・母乳(ミルク)を飲みながら・添い寝・一人で その他( ) ・寝付き 良い・悪い ・その日による 寝起き 良い・悪い ・その日による		
	言語	・喃語 ・指さしする ・名前を呼ぶと振り向く ・人見知りをする ・大人の言うことが、簡単なことであればわかる		
	排泄	オムツ	・している(紙おむつ・布おむつ) ・していない	
		排尿	お子さんが ・教える ・教えない	
		排便	お子さんが ・教える ・教えない	
発育の様子	・首のすわり か月 ・寝返り か月 ・お座り か月 ・ハイハイ か月 ・つかまり立ち か月 ・歩行 か月			
好きな遊び				

健康状態	体温	・平熱 °C (何時頃の ・朝 ・昼 ・夕方 )		
	体質的特徴	・脱臼しやすい(どこの関節 ) ・ひきつけ又は熱性けいれんを起こした事がある (回数 回 ・年齢 歳 ヶ月) どの時: ・熱 _____ 度以上 ・その他 ・アレルギー: ・喘息 ・湿疹 ・アトピー性皮膚炎 アレルゲン(卵 ・大豆 ・牛乳 ・その他 ) 薬品にかぶれる( ) ・その他: ・ヘルニア ・中耳炎 ・鼻血が出やすい ・便秘 ・腹痛が起きやすい ・下痢をしやすい		
	病歴	心臓病(有・無) ・川崎病(有・無) ・肝炎(有・無) ・気管支炎(有・無) その他( )		

その他	とくに配慮が必要な場合は記入をして下さい。(ヘッドギア使用、行動の特性等)
-----	---------------------------------------

予防接種	BCG	済 ・ 未	おたふくかぜ	1 ・ 2	かかりつけの医療機関名
	B型肝炎	1 ・ 2 ・ 3	水痘(水ぼうそう)	1 ・ 2	
	ヒブ	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	日本脳炎1期	1 ・ 2 ・ 追1	
	4種混合	1 ・ 2 ・ 3 ・ 追1	ロタウイルス	1価 1 ・ 2	電話番号
	小児用肺炎球菌	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4		5価 1 ・ 2 ・ 3	
MR	1 ・ 2				

生活保護を受給している方はチェック☑をつけて下さい。 ☐

職員記入欄 健康保険証 ☐ 乳幼児医療証 ☐

