

一時保育登録票

登録番号 登録日・更新日 年 月 日()

ふりがな お子さんの氏名		呼び名 (愛称)
生年月日:平成 年 月 日生	歳 か月	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。正確に記入をして下さい。

現在の様子	身長・体重	・身長 cm ・体重 Kg		
	哺乳方法と1回の量	・母乳(日中の回数及び間隔 時間) ・混合 ・ミルク CC		
	発育の様子	・首のすわり か月 ・寝返り か月 ・ハイハイ か月 ・お座り か月 ・つかまり立ち か月 ・歩行 か月		
	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 ・はっきりといえる言葉がある ・してもらいたいことを言葉でいえる		
	食事	・離乳食(初期・中期・後期・その他)・自分で食べられない ・自分で食べる(手づかみ・スプーン・フォーク・その他)		
	生活状況	排尿	オムツ ・している(紙おむつ ・布おむつ) ・していない ----- 排泄 ・教える ・教えない ・その他() ----- 排便 ・教える ・教えない ・その他(硬・普・軟・1日 回)	
		睡眠	・寝付き 良い ・悪い 寝起き 良い ・悪い() ----- ・寝る時の癖:	
		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) ・ひきつけを起こした事がある(回数 回 ・年齢 歳 か月) どんな時: ・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()		
	予防接種(罹ったものには○をつけてください)		かかりつけの医療機関名	
	BCG	済 ・ 未	MR 1 ・ 2	
	ヒブ	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	おたふくかぜ 1 ・ 2	
	小児用肺炎球菌	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	水痘(水ぼうそう) 1 ・ 2	電話番号
	3種混合・4種混合	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	日本脳炎1期 1 ・ 2 ・ 3	
	ポリオ	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	ロタウイルス 1 ・ 2 ・ 3	
	保険証等	保険証 : 種類 記号 番号		
	保険証発行機関名称 :			
	乳児医療証受給者番号 :			

一時保育履歴(職員記入欄)

