

# 一時保育事業利用登録票



登録年月日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日			年齢
氏名		男・女	年	月	日	歳 か月
ふりがな		性別	生年月日			年齢
氏名		男・女	年	月	日	歳 か月
住所	〒 ー 市 区					
電話番号		FAX		携帯番号		
家族構成(本人も含む)						
	氏名	年齢	続柄	勤務先・学校等の名称	連絡先(固定電話)	
1						
2						
3						
4						
5						
6						

## お子様と主に送迎される方と写っている写真

写真添付

一時保育利用理由 (非定型 ・緊急 ・リフレッシュ)

利用予定: 日/週 又は 日/月 若しくは 毎週 曜日

利用予定時間: 午前・午後 時 ~ 午前・午後 時

# 一時保育園児用の健康調査

記入日 年 月 日

氏名: \_\_\_\_\_

年齢: 歳 か月 \_\_\_\_\_

小児は発達など変化の著しい時期にあります。お子様の健康保持のために予防接種、病気などについてお知らせいたしますようご協力をお願いいたします。

1. 平熱を記入してください。 \_\_\_\_\_ °C

2. 予防接種について済んだものには接種年月日を記入し、かかったものにはかかった年月日と○印を記入してください。

予防接種名	接種年月日		予防接種名	接種年月日	
BCG		年 月		初回 I	年 月
肺炎球菌	初回 I	年 月	ヒブワクチン	初回 II	年 月
	初回 II	年 月		初回 III	年 月
	初回 III	年 月		追加	年 月
	追加	年 月		1回目	年 月
四種混合 I 期	1期 I	年 月	B型肝炎	2回目	年 月
	1期 II	年 月		3回目	年 月
	1期 III	年 月		麻疹・風疹	1期
	1期追加	年 月	2期		年 月
日本脳炎	1期 I	年 月	水痘	初回	年 月
	1期 II	年 月		追加	年 月
	1期追加	年 月	ロタウイルス	任意	年 月
おたふくかぜ	任意	年 月		任意	年 月

3. いままでにかかった病気、けがを記入してください。

4. アレルギー、アトピー、気管支喘息はありますか?有・無  
有の場合:症状、現在の内服薬、軟膏などあれば記入してください。

5. けいれんしたことがありますか?有・無  
有の場合:そのときの対処法を記入してください。

6. 脱臼したことがありますか?有・無  
有の場合:そのときの対処法を記入してください。

7. 園で注意してほしいこと、心配なことがあれば記入してください。