

平成 年度 一時保育 登録書

社会福祉法人 五倫会 中郷保育園 園長 山口 優美 殿

平成 年 月 日

住所

保護者氏名

印

一時保育を利用致したいので、次の通り登録致します。

区分	続柄	氏名	生年月日	性別	対象児童の健康状況	良好・病弱
対象児童	ふりがな 本人		平成 年	男	対象児童の健康状況	良好・病弱
			月 日	・	心身の障害の有無	有・無
			才 ヶ月	女	勤務先	勤務場所・電話
対象児童の家庭状況	父		昭和 年	男		()
	母		昭和 年	女		()
			年	男		()
			月 日	女		()
			年	男		()
			月 日	女		()
一時保育を希望する具体的理由				緊急連絡先 (電話)		
				自宅 父 () 母 () その他 ()		

平熱			住所略図	
血液型				
保育開始時の健康状態				
出生時	体重 (kg)	身長 (cm)		
妊娠・出産時の状況				
検診	1ヶ月 (受けた ・ 受けてない) 異常 (ある ・ ない) 3ヶ月 (受けた ・ 受けてない) 異常 (ある ・ ない) 6ヶ月 (受けた ・ 受けてない) 異常 (ある ・ ない) 1歳半 (受けた ・ 受けてない) 異常 (ある ・ ない) 2歳 (受けた ・ 受けてない) 異常 (ある ・ ない) 3歳 (受けた ・ 受けてない) 異常 (ある ・ ない)			
既往歴	・麻疹 ・風疹 ・流行性耳下腺炎 ・水痘 ・肺炎 ・溶連菌感染症 ・消化不良 ・心疾患 ・その他 ()			
予防接種歴	・BCG ・三種混合(まで) ・ポリオ ・麻疹風疹(第1・2期) ・その他 ()			
体質・習性	・ひきつけ ・じんま疹 ・鼻血が出やすい ・難聴 ・弱視 ・自家中毒 ・喘息 ・夜泣きする ・ヘルニヤ ・かみつき ・脱臼しやすい () ・指しゃぶり ・爪かみ ・おしゃぶり ・その他 () ・アレルギー疾患 種類・症状 ()			