

一時保育 児童登録簿①					登録日	年	月	日	
ふりがな				生年月日	年齢				
児童氏名	男・女			西暦	年	月	日	歳	か月
住所	東京都渋谷区								
家族状況 (申請児以外)	氏名(ふりがな)			続柄	生年月日	勤務先・在園在校先			
	保護者					/			
	保護者								
						.			
						.			
						.			
緊急連絡先	順位	氏名(ふりがな)		続柄	連絡先	電話番号			
	1番目				携帯・自宅 勤務先				
	2番目				携帯・自宅 勤務先				
	3番目				携帯・自宅 勤務先				
利用目的 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> リフレッシュ <input type="checkbox"/> 子ども同士の交流 <input type="checkbox"/> 在籍園休園時 <input type="checkbox"/> 学校・園行事 <input type="checkbox"/> 緊急時の備え <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 園見学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> その他( )								
託児・集団経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   利用回数 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2~5回 <input type="checkbox"/> 6回以上 <input type="checkbox"/> 定期的に利用 (預け先 )								
健康診断	3~4か月 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた   気になったこと( ) 6~7か月 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた   気になったこと( ) 9~10か月 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた   気になったこと( ) 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた   気になったこと( ) 3歳児 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた   気になったこと( )								
口タウイルス	B型肝炎	H i b(ヒブ)	小児用肺炎球菌	DPT-IPV 四種混合	BCG(結核)	水痘 (水ぼうそう)	日本脳炎		
1. 年 月 日									
2.									
3.					MR (麻疹・風疹)	おたふくかぜ			

一時保育 児童登録簿②		面接者
児童氏名		平熱 度 レモンガラスの虫よけアロマ(夏のみ) <input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用不可
けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(回数 回)(初回 年 月)(直近 年 月) <input type="checkbox"/> 受診した(診断結果 ) <input type="checkbox"/> 受診していない(理由 ) <input type="checkbox"/> ダイアアップ有(使用基準 )	
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(初回 年 月)(直近 年 月)	
脱臼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(回数 回)(直近 年 月)(部位 )	
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他の病気( )	
入院歴 手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 年 月) 病名等( )	
その他	通院・通所・経過観察している既往・体質等	
かかりつけ	医療機関名 (小児科または内科)	電話番号
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショックの経験有( 歳 か月) <input type="checkbox"/> エピペン所持 <input type="checkbox"/> 検査済み <input type="checkbox"/> 食品 ( ) <input type="checkbox"/> 薬 ( ) <input type="checkbox"/> 環境(ハウスダスト・動物・花粉・その他 ) <input type="checkbox"/> 未検査(理由 )	
授乳 (対象児)	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク(1回量 ml)(時間 分間)(回数 回/日) <input type="checkbox"/> 哺乳瓶に慣れている <input type="checkbox"/> 授乳感覚が不規則 <input type="checkbox"/> その他( )	
食事	段階 形状	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食(開始時期 か月) <input type="checkbox"/> 初期食 <input type="checkbox"/> 中期食 <input type="checkbox"/> 後期食 <input type="checkbox"/> 完了食
	時間	(朝 : ~ : ) (昼 : ~ : ) (おやつ : ~ : ) (夜 : ~ : )
	食べ方	<input type="checkbox"/> ひとりで食べる <input type="checkbox"/> ひとりで食べようとする <input type="checkbox"/> 食べさせる
	食具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> コップを使用している
	その他	<input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> 食が細い <input type="checkbox"/> ムラがある <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 早食い <input type="checkbox"/> 咀嚼・嚥下が苦手 <input type="checkbox"/> その他( )
	排便	<input type="checkbox"/> おむつ常時着用 <input type="checkbox"/> おむつ午睡・就寝時着用 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> パンツ常時着用 排尿 <input type="checkbox"/> 知らせない <input type="checkbox"/> 知らせる時もある <input type="checkbox"/> 知らせる(間隔 時間位) 排便 <input type="checkbox"/> 知らせない <input type="checkbox"/> 知らせる時もある <input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 自分で拭ける(回数 回/日)
睡眠	昼寝	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する(午前 : ~ : )(午後 : ~ : )
	夜寝	(時間 : ~ : )(夜泣き回数 回位/日)
その他	<input type="checkbox"/> すぐに眠る <input type="checkbox"/> 眠るまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 寝ることを嫌がる <input type="checkbox"/> 横抱き <input type="checkbox"/> 縦抱き <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ紐 <input type="checkbox"/> ひとり寝 <input type="checkbox"/> 添い寝 (睡眠の癖等 )	
好きな遊び		
性格・配慮事項等		