

子ども名	ふりがな	生年月日			保護者 携帯①			登録番号
	男 女	自宅電話			保護者 携帯②			
保護者名			住所					
家族の状況	氏名	続柄	年齢	性別	勤務先名称及び電話番号			
生活保護 の状況	受けている 受けていない			緊急時連絡先電話番号	①			
分娩の記録	第 子 出生時体重 g				(氏名)			
	正常 異常 () 早産 (ヶ月)				②			
予防接種の状況	1.BCG 2.四種混合 (1回目 2回目) 3.MR (1期 2期) 4.日本脳炎 5.水ぼうそう 6.ヒブワクチン 7.肺炎球菌 8.その他 (ロタ・おたふく・)			の か か り つ け	内科	TEL		
					外科	TEL		
既往症	1. 肺炎 2. 気管支炎 3. ぜんそく 4. 熱性けいれん 5. アレルギー () 6. 麻疹 7. 風疹 8. 水痘 9. 髄膜炎 10. 中耳炎 11. ヘルニア 12. 引きつけ 13. 自家中毒 14. チアノーゼ 15. アナフラシキー (によるもの) 16. 耳下腺炎 17. 脱臼 18. その他 ()							
備考				決 済 欄	園長	主任保育士		

お子様の日常生活について

氏名 _____

食生活

- ・形態は？ (幼児食 離乳食(初期・中期・完了期) ミルクのみ)
- ・朝食は？ (食べる 時々食べる 食べない)
- ・時間は？ (決めている 決めていない)
- ・偏食は？ (ある ない)
- ・好きなものは？ ()
- ・苦手なものは？ ()

排泄

- ・ひとりで (できる 時々できる できない)
- ・小便が (近い 普通 とおい)
- ・大便の時間 (朝 昼 夜 決まっていない)
- ・排泄のしまつ (ひとりでできる できない)
- ・布オムツ 紙オムツ トレーニングパンツ パンツ

睡眠

- ・夜 時 分～朝 時 分
- ・昼寝 (する 時々する しない)
- ・くせ ()

平熱は何度ですか？ (度 分)

※お子様のことで特に気になることがありましたらご記入ください。

様式2 (第8条関係)

一時保育登録カード	登録番号		保育時間	月～金 8:30～17:00	
			保 育 料		
登 録 保 育 園	大堰保育園・本郷保育園		3歳未満児	4時間以内	1,500円
				4時間超	2,800円
児童名	男・女	生年月日	3歳以上児	4時間以内	1,000円
				4時間超	1,800円
保護者名	電話番号		※生活保護世帯は無料です。 ※昼食が不要の場合は上記保育料から200円を引いた額になります。 ・保育希望日の前日 17:00 までに予約して下さい。 ・予約の取り消しは当日 8:00 までに連絡して下さい。 大堰保育園 Tel 77-1402 本郷保育園 Tel 77-2220		
住所					