

オモテ

一時保育利用者票（登録台帳）

記載例

帯広市長 様

令和 年 月 日

写真貼付 スナップ写真可 必ず貼ってください	ふりがな	おびひろ ふうど		生年月日	平成	4年 9月 1日	
	児童名	帯広 風土			令和		
	保護者名	帯広 緑太		児童年齢	2歳 ヶ月		
住所	TEL 24-4111				呼び名		
	帯広市西5条南7丁目1番地				ふうくん		
	(父)携帯電話	090-1111-2222	(母)携帯電話	090-3333-4444			
緊急 連絡先	氏名	帯広 緑之介		お子さんとの関係:	祖父		
	住所	帯広市西5条南7丁目2番地		TEL	090-5555-6666		
	氏名	帯広 花見		お子さんとの関係:	祖母		
	住所	帯広市西5条南7丁目2番地		TEL	090-7777-8888		
家族状況							
氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校等	電話番号			
帯広 緑太	父	平成2年 1月 1日	帯広会社	24-1111			
帯広 花子	母	平成3年 1月 1日	帯広病院	24-2222			
帯広 景色	姉	令和2年 1月 1日	ひろびろ保育所	24-3333			
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
児童の送迎者	送り→	父・母・その他()		一時保育は何で知りましたか			
	迎え→	父・母・その他()		・市役所 知人友人・市広報			
				・保健師・保育士			
				・その他()			
(留意事項) 9時-17時が基本の保育時間になります。 利用の前後1時間の延長が可能です。 (利用料等) ・9時-13時(昼食含む) 1,300円 ・13時-17時(おやつ含む) 1,100円 ・9時-17時(昼食・おやつ含む) 2,400円 ・延長(1時間) 250円 二人以上のお子さまが同時に利用した場合、利用料の減免措置があります。				※ここは、記入しないでください。 令和 年 月 日			
				受付者			

※裏面も記入ください。

健康等調査票

ウラ

血液型	A型	平熱	36.5℃	既往症	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> その他 ()
かかりつけの病院	帯広小児科病院 (電話 0155-65-4159)			予防接種	<input checked="" type="checkbox"/> BCG <input checked="" type="checkbox"/> ヒブ (4回) <input checked="" type="checkbox"/> 麻疹風疹 (1回) <input checked="" type="checkbox"/> 肺炎球菌 (4回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回) <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 (3回) <input checked="" type="checkbox"/> 四種混合 (4回) <input checked="" type="checkbox"/> 水痘 (2回) <input type="checkbox"/> 五種混合 (回) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (おたふく1回)
今までに受けた健診	<input checked="" type="checkbox"/> 1か月 <input checked="" type="checkbox"/> 3~6か月 <input checked="" type="checkbox"/> 7~10か月 <input checked="" type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> 他 () 健康診査での指導 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身長・体重・栄養・運動・ことば)				
ひきつけを起こしたこと	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある ↓	①どういとき … <input checked="" type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他 () ②ひきつけを起こした回数 … (1 回) ③ひきつけを起こした年齢 … (1 歳)			
アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある ↓	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 食物 (りんご) <input type="checkbox"/> 動物 () <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input checked="" type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		症状	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input checked="" type="checkbox"/> じんましん <input checked="" type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		確認内容	<input type="checkbox"/> 医師の診断 <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査		
		給食への配慮	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要		
脱臼したこと	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある ↓	脱臼した部分	肩		
		いつ頃	1歳ごろ		
		何度かくりかえしているか	<input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない		
		かかりつけの病院	帯広小児科病院		
食事・栄養	乳児	母乳	時間おき	睡眠	睡眠時間
		哺乳びんは使えますか (はい・いいえ)			PM 時 分 ~ AM 時 分
		ミルク	時間おき (1回 CC)		午前睡 時間くらい
	離乳食	初期・中期・後期・完了期	午後睡 時間くらい		
	食後のミルク (あり・なし)		寝るときのくせ		
	幼児	<input checked="" type="checkbox"/> 自分で食べられる (はし・スプーンなど・手づかみ) <input type="checkbox"/> 自分で食べられない	好きな食べ物		嫌いな食べ物
ばなな	葉物野菜			昼寝 (<input checked="" type="checkbox"/> する (2時間位) <input type="checkbox"/> しない)	
排泄	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> オムツ (紙・布) <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 出たら知らせる <input type="checkbox"/> 自立			
	小便	間隔は何時間おきくらいですか (3 時間)			
	大便	1日 1回 (<input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 <input checked="" type="checkbox"/> 決まっていない)			
	おねしょ	<input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> ときどきする <input type="checkbox"/> しない			
ことば	<input type="checkbox"/> はっきりしている <input checked="" type="checkbox"/> はっきりしていない (喃語・片言・幼児語)		人見知り	<input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
遊び	好きな遊び (車)				
	支援センター、あそびの広場、幼稚園、その他の利用 <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある (支援センター)				
お子さんに関して気になること、配慮してほしいことなどありますか					
人見知りがあるので慣れるまで時間がかかります					