

# 保育利用登録申し込み・同意書

登録日

令和 年 月 日

## ■登録お子さんについて

児童の名前	ふりがな		性別	血液型
			男・女	型
生年月日	西暦 年 月 日 申し込み時： 歳 ヲ月			
出生体重		cm	平熱	℃
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 原因食品・物質名 ( ) <input type="checkbox"/> 植物、動物、薬、その他アレルギーがあり、検査で陽性反応有 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショックの経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 歳 ヲ月頃) エピペン所持 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
熱性痙攣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数(約 回 初回： 歳 ヲ月・最後： 歳 ヲ月) ダイアアップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
健康診断	受診歴 <input type="checkbox"/> 4ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 10か月検診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 3歳児検診 指摘事 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容： )			
その他健康	現在、通院・経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的に： ) 大きな病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名： 治療状況 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他( ) 日常生活 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 配慮が必要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 常用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 既往歴など留意してほしいこと <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )			
成長の様子	首が座った時期( ヲ月) 寝返りをした時期( ヲ月) ハイハイをした時期( ヲ月) 歩き始めた時期( ヲ月) 単語を話した時期( 歳 ヲ月) 2語文を話した時期( 歳 ヲ月)			
託児経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(託児経験 <input type="checkbox"/> 1回利用 <input type="checkbox"/> 2~5回利用 <input type="checkbox"/> 6回以上 <input type="checkbox"/> 定期的に利用)			