第１号様式（第３条関係）

日野市子ども家庭支援センター一時保育
（登録・更新）申請書

登録番号　（　　）―（　　）　　年　　月　　日

フリガナ	フリガナ
保護者氏名 （児童との続柄　　）	児童氏名 生年月日　　年　　月　　日（男・女）
住所　〒 日野市	電話番号

	氏　　名	年齢	続柄	職業・学校等	備　　考
家族の状況					

緊急連絡先１	住所		電話番号
	名称		
緊急連絡先２	住所		電話番号
	名称		
緊急連絡先３	住所		電話番号
	名称		

一時保育を必要とする主な理由	

お子様について教えてください

・お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　年齢　＿＿＿歳＿＿＿＿ヶ月

・首がすわったのはいつですか？＿＿＿＿＿＿＿ヶ月頃

・歩き始めたのはいつですか？　＿＿＿＿＿＿＿ヶ月頃

・ことばについて　　喃語（アー、バブー等の赤ちゃん語）　　言える・言えない

　　単語　　言える・言えない

　　会話　　できる・できない

・特に気になるところ（遅れ等）がありますか？

　具体的に　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

予防接種	受けたかどうか
B 型肝炎（HBV）	１回　　２回　　３回
Hib（インフルエンザ菌 B 型）	１回　　２回　　３回
小児用肺炎球菌	１回　　２回　　３回　　追加
四種混合（ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ）	１回　　２回　　３回　　追加
BCG	１回
MR（麻しん、風しん）	１回　　２回
水痘（水ぼうそう）	１回　　２回
日本脳炎	１期①　１期②　　１期追加　　２期
その他	

既　往　症	かかったかどうか	かかった日	その時の年齢
突発性発疹	はい　・　いいえ	年　　月　頃	歳　　ヶ月
はしか	はい　・　いいえ	年　　月　頃	歳　　ヶ月
風　疹	はい　・　いいえ	年　　月　頃	歳　　ヶ月
みずぼうそう	はい　・　いいえ	年　　月　頃	歳　　ヶ月
おたふくかぜ	はい　・　いいえ	年　　月　頃	歳　　ヶ月
肺炎・気管支炎	はい　・　いいえ	年　　月　頃	歳　　ヶ月
心臓病（病名　　）	はい　・　いいえ	年　　月　頃	歳　　ヶ月
ひきつけ	はい　・　いいえ	年　　月　頃	歳　　ヶ月
その他（　　）	はい　・　いいえ	年　　月　頃	歳　　ヶ月
入院した病気（　　）	はい　・　いいえ	年　　月　頃	歳　　ヶ月

・何かアレルギーがありますか？

病　　名	アレルゲン	病状及び治療法	留意点
アトピー性皮膚炎			
喘　息			
花粉症（鼻炎・結膜炎）			
その他			

お子様の最近の状況について教えてください

☆平熱は何度ですか？ ＿＿＿＿＿＿＿℃

☆お子様をなんと呼んでいますか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆一日の過ごし方を教えてください

AM0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PM0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

☆好きな遊びを教えてください ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆人見知りをしますか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆お子さんが安心する方法はありますか？（例：抱き方など）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆トイレはどうしていますか？ オムツ・パンツ・トイレットトレーニング中

☆寝かしつけはどうしていますか？ おんぶ・抱く・添い寝・ひとり寝

☆眠る時必要なものがありますか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆食事について教えてください

1. 今は何を食べていますか？
   - ・ミルク　どの位飲んでいますか　飲んでいない・飲んでいる（一回　　cc）
   - ・牛乳　どの位飲んでいますか　飲んでいない・飲んでいる（一回　　cc）
   - ・離乳食　どの段階ですか　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   - ・普通食　どの位食べますか　多い・普通・少ない

2. 食事はどうやって食べますか？　手づかみ・スプーン・フォーク・箸
3. 好き嫌いを教えてください　好き＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   嫌い＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
4. 食物のアレルギーはありますか？
   無・有　有の場合：診断名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   食品名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   症　状＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   留意点＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   アナフィラキシーショック　有・無

5. 薬を飲んでいますか？　はい　いいえ
   →病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　薬の種類＿＿＿＿＿＿＿＿

☆特に注意して欲しいことや健康面・発達面等気になることがありましたらご記入ください