

登録番号	
------	--

一 時 保 育 利 用 登 録 申 込 書

年 月 日

(福)三鷹市社会福祉事業団 理事長 宛

申込者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____ () _____

児童との続柄 _____

次のとおり、一時保育の利用登録を申し込みます。

利用登録する施設	三 鷹 西 野 保 育 園
----------	---------------

登 録 児 童	氏 名	ふりがな	愛 称	性 別	生年月日（西暦）
				男・女	年 月 日
					歳 箇月
	児童の兄弟姉妹	名前 歳	名前 歳	名前 歳	
	通 所 施 設 名	電話 ()			
保 護 者	氏 名	(続柄：父・母・その他)			
	氏 名	(続柄：父・母・その他)			
	住 所	〒	電話 ()		
	緊急の 連絡先	①	(続柄：父・母・その他)		
			電話 ()		
		勤務先	電話 ()		
		②	(続柄：父・母・その他)		
	電話 ()				
	勤務先	電話 ()			

(裏面に続く)

登録番号

一時保育 利用登録時健康調査書

※ 該当するものを○で囲むか、又は記入してください。

現在までの 保育歴	※どなたが保育していましたか。 歳 箇月から 歳 箇月まで が保育していた		
妊 娠 分 娩	・妊娠中の状態 : 正常・異常 ()		
	・分娩中の状態 : 正常・異常 ()		
	・出産病院名 ()		
	・在胎週 週	・出生時体重 g	・身長 cm
		・頭囲 cm	・胸囲 cm
栄 養	・母乳:混合・人工 ・離乳食:開始 () 箇月・完了 () 箇月		
発 達	・首のすわり () 箇月 ・寝返り () 箇月 ・お座り () 箇月		
	・はいはい () 箇月 ・伝い歩き () 箇月 ・歩行開始 () 箇月		
	・かた言 () 箇月 ・歯の生え始め () 箇月		
今までに かかった 病気	・突発性発疹 () 歳 ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) () 歳		
	・風疹(三日はしか) () 歳 ・水痘(みずぼうそう) () 歳		
	・麻疹(はしか) () 歳 ・肺炎 () 歳		
	・中耳炎 () 歳 ・ひきつけ、けいれん () 歳		
	・気管支ぜん息 () 歳 ・その他 ()		
お子さん の体質で 当てはま るものに ○をして ください	・アレルギーがある(内容を記入⇒)		
	・しっしんがある ・じんましんが出やすい		
	・下痢しやすい ・便秘しがち ・鼻血が出やすい		
	・風邪をひきやすい ・よく熱を出す ・扁桃腺がはれやすい		
	・吐きやすい ・化膿しやすい ・腕がはずれたことがある		
	・その他 ()		
※手術をしたことがあったり、現在治療中の病気がある場合は記入してください。			
・平熱は () 度 くらい			
備考			
		受付 . .	