

令和7年度
一時保育事業利用登録申込書

登録番号	新・再 NO.
登録日	令和 年 月 日

登録児童	ふりがな 氏名			性別	生年月日	
	愛称			男・女	平成・令和 年 月 日	
	出生歴	在胎週数	週 日		出生時体重	g
	児童の兄弟姉妹	名前：	歳（男・女）	名前：	歳（男・女）	
	通園施設名				保育園・幼稚園	託児経験
		*認可保育所・小規模保育所・家庭的保育者に在園している児童は対象外			□ない	□ある
	かかりつけ医	医療機関名	(科 先生)			
	電話番号	—				

予防接種	*済みのものには□に☑を入れてください					
	ヒブ	①□ ②□ ③□ ④□	BCG	①□		
	小児用肺炎球菌	①□ ②□ ③□ ④□	MR (麻しん・風しん)	①□ ②□		
	B型肝炎	①□ ②□ ③□	水痘（水ぼうそう）	①□ ②□		
	4種混合	①□ ②□ ③□ ④□	日本脳炎	①□ ②□ ③□		
	ロタ	①□ ②□ (③□)	おたふくかぜ	①□ ②□		

健康状態や発育・発達	*該当するものには□に☑を入れてください			平熱	℃	
	熱性痙攣	□ない □ある（初回 歳 ケ月、最後 歳 ケ月、これまでに 回）				
		ダイアップ坐剤予防投与の医師の指示	□ない □ある（体温 ℃以上で挿肛）			
	喘息や 喘息性気管支炎	治療 □していない □発作時のみ □している（ 歳 ケ月頃から ）				
		薬物療法 □内服薬 □吸入薬（薬剤名）				
	アレルギー	□ない □ある（原因物質と症状）				
		アナフィラキシーショックの経験 □ない □ある（ 歳 ケ月頃）				
		アレルギーの件で医師に相談 □していない □している（医師の指示）				
		アレルギー検査 □受けない □受けた（検査結果）				
	脱臼	□ない □ある（部位 、状況）				
その他の 病気や怪我	病名 (入院 □なし □あり 歳 ケ月)					
	病名 (入院 □なし □あり 歳 ケ月)					
発育・発達	□気になることはない □気になることがある（ ）					
配慮してほしいこと	□特にない □ある（ ）					

保護者	父	ふりがな 氏名		母	ふりがな 氏名	
		携帯電話	— —		携帯電話	— —
		勤務先名			勤務先名	
		勤務先電話番号	— —		勤務先電話番号	— —
	住所	(〒 — —)				
	自宅電話番号	— —				

実施施設が定める利用規約などを理解し、同意した上で一時預かりの利用登録の申し込みをします。

申込者（保護者）名

印

*自署の場合押印不要