

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 ヶ月、最後 歳 ヶ月、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 ヶ月頃から)		
		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 ヶ月頃)		
		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 □受けてない □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 ヶ月)			
	病名 (入院 □なし □あり 歳 ヶ月)			
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