

世田谷版こども誰でも通園制度（乳児等通園支援事業） 利用登録書

登録日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童名		男・女	年 月 日	歳 カ月
ふりがな		住所		
保護者名		電話番号		
緊急時の連絡先	氏名	続柄	電話番号	
	①			
	②			
他園での「誰でも通園制度」利用状況		認証保育所の月ぎめ利用の状況		
<input type="checkbox"/> 他園を併用している場合はチェック		<input type="checkbox"/> 認証保育所を月ぎめ利用している場合はチェック		
利用している施設（ ） 利用している時間（ ）月（ ）時間 （ ）月（ ）時間		利用している施設（ ） 利用している時間（ ）月（ ）時間 （ ）月（ ）時間		
これまでの生活				
*託児の経験について具体的にお書きください。（例：現在まで家庭保育のみ、〇〇保育園 〇歳～〇歳まで など）				
お子さんの状態について				
健康状態について	熱性けいれん（ひきつけ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最近 歳 カ月（過去 回程度）		
	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる（ <input type="checkbox"/> 毎日（朝・昼・晩） <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 吸引をしている（ <input type="checkbox"/> 毎日（朝・昼・晩） <input type="checkbox"/> 発作時		
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（食品名 ） *アレルギーあり場合は、 別紙「アレルギーについて」の用紙に記載をお願いします。		
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	脱臼経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 時期・頻度（ ）部位（ ）		
	上記以外での大きな病気、ケガなど			
身体の発達	首が座っている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ お座りをする <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	ハイハイをする <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ つかまり立ちをする <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	ひとりであるく <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	その他 発達面で気になること			
言葉	大人の言うことがわかる（ちょうだい いらっしゃい など） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 意味のある言葉を話す（マンマ プーブ ネンネなど） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
排泄	おむつ（外れていない・外れている・就寝時のみ） 大便 1日（ ～ 回） 軟・普通・硬			
食事	母乳のみ・混合・ミルクのみ 離乳食（ 回食） 食べ方（手づかみ・スプーン・箸）			
睡眠	時間 昼（ 時～ 時） よく寝る・あまり寝ない （ 時～ 時） よく寝る・あまり寝ない 夜（ 時～ 時） よく寝る・あまり寝ない 方法 一人で・添い寝・抱いて・おんぶ 寝かた あおむけ・うつ伏せ・横向き			
その他	*お子さんについて知らせておきたいことがありましたら、お書きください。			