

保育利用登録個人調査票 ①

※太枠内は施設記入欄

| | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--------|---------|----------------------|---|-------|-------|-------|------|
| 登録番号 | 施設印 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 |
| | | | | | | | | | |
| | | (0歳児) | (0歳児) | (1歳児) | (2歳児) | (3歳児) | (4歳児) | (5歳児) | 学童 |
| ふりがな | | | | 男 | 生年月日 | | | 申込時 | |
| 氏名 | | | | 女 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 歳 ヶ月 |
| 現住所 | 〒 | | | | | | | 校区 | |
| | | | | | | | | | |
| 家族状況 | ふりがな 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先名又は学校名 勤務先電話番号 | | 携帯電話 | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| お子さんについて教えてください | | | | | | | | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 原因食品・物質名 () <input type="checkbox"/> 植物、動物、薬、その他のアレルギーがあり、検査で陽性反応有り <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショックの経験→ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 ヶ月) エピペン所持 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | |
| 熱性痙攣 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数(約 回 初回: 歳 ヶ月・最後 歳 ヶ月) | | | | | | | | |
| 健康診断 | 4か月健診 | 10か月健診 | 1歳6か月健診 | 3歳児健診 | 指摘事 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | (内容) | | | | |
| その他の健康 | 現在 通院、経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に:) これまで大きな病気は <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名: 治療状況 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 () 日常生活 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 配慮が必要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 常用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 病気・発達等で相談している機関 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (名称) | | | | | | | | |

保育利用登録個人調査票②

| | | | | | | | | | |
|----------------------|---|--|---|--------|--------|---|--------|---|---|
| | | なんて 呼ばれていますか | | | | | | | |
| 妊娠中の状況 | 異常なし・あり () | | | 妊娠期間 | 週 | | | | |
| 分娩時の状況 | 異常なし・あり () | | | 出生時体重 | g | | | | |
| 出生時状況 | 異常なし・あり (仮死 けいれん 強い黄疸 呼吸異常 先天性代謝異常 その他) | | | | | | | | |
| 予防接種 | B C G | 年 | 月 | 水痘 | 年 | 月 | 三種混合 ① | 年 | 日 |
| | ポリオ① | 年 | 月 | 日本脳炎 ① | 年 | 月 | 又は ② | 年 | 日 |
| | ポリオ② | 年 | 月 | ② | 年 | 月 | 四種混合 ③ | 年 | 日 |
| | 麻疹風疹 | 年 | 月 | 追加 | 年 | 月 | 追加 | 年 | 日 |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自分で食べることが出来るが一部介助 <input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸 (右・左) エジソン箸不可 <input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 食ベムラがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅い <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | |
| | 好きな食べ物 | | | | 嫌いな食べ物 | | | | |
| 排泄 | オムツ／パンツ | <input type="checkbox"/> オムツ常時着用 <input type="checkbox"/> 午睡・就寝時のみオムツ着用 <input type="checkbox"/> パンツ常時着用 | | | | | | | |
| | 尿 | <input type="checkbox"/> オムツでする <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でトイレでする <input type="checkbox"/> オマルでする (<input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない) | | | | | | | |
| | 便 | <input type="checkbox"/> オムツでする <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でトイレでする <input type="checkbox"/> オマルでする (<input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない) | | | | | | | |
| 午睡 | 午睡の有無 | <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する (午睡時間 時 分～ 時 分) | | | | | | | |
| | 寝つきなど | <input type="checkbox"/> すぐに寝る <input type="checkbox"/> 眠るのに時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅く途中で起きる <input type="checkbox"/> 寝るのを嫌がる | | | | | | | |
| | ご家庭での 午睡時の誘導 | <input type="checkbox"/> 横抱き <input type="checkbox"/> 縦抱き <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |
| 体質 | <input type="checkbox"/> ゼイゼイいう <input type="checkbox"/> 咳が出やすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 蕁麻疹がしやすい <input type="checkbox"/> 肌が弱い <input type="checkbox"/> 肘が抜けやすい (右・左) | | | | | | | | |
| 言葉 | <input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 単語が出る <input type="checkbox"/> 大人の言葉に反応 <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 普通に会話ができる <input type="checkbox"/> よく喋る <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> わかりにくい・吃音がある <input type="checkbox"/> 言葉が遅め その他 () | | | | | | | | |
| 対人 | <input type="checkbox"/> 人見知りしない <input type="checkbox"/> 人見知りする 友達と <input type="checkbox"/> 一緒に遊ぶのが好き <input type="checkbox"/> 大人数は慣れてない <input type="checkbox"/> 手が出ることもある <input type="checkbox"/> 噛むことがある | | | | | | | | |
| 散歩 | <input type="checkbox"/> 散歩や外遊びが好き <input type="checkbox"/> 外遊び (公園など) は慣れてない <input type="checkbox"/> 歩くのが苦手 <input type="checkbox"/> 日頃ベビーカーに乗っている <input type="checkbox"/> 手をつなぐのを嫌がる | | | | | | | | |
| 託児経験 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→託児経験 <input type="checkbox"/> 1回利用 <input type="checkbox"/> 2～5回利用 <input type="checkbox"/> 6回以上 <input type="checkbox"/> 定期的に利用 | | | | | | | | |
| **気になる事があればご記入ください** | | | | | | | | | |

離乳カード

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

名前 _____ H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ

| 離乳食を始めた時期 | | ヶ月ごろ |
|--|---|---|
| 食べている食品に○印をつけてください | どんなふうに使っているか○印を入れてください | 備考 (更新月日) |
| 米 | ・つぶしがゆ ・おかゆ ・軟飯 ・普通ご飯 | |
| パン | ・パンがゆ ・トースト ・そのまま | |
| うどん | ・くたくたつぶし ・くたくた煮 ・やわらか煮 | |
| 野菜類 | きゅうり キャベツ 玉ねぎ ごぼう たけのこ かぼちゃ ほうれん草 とまと 大根 ブロccoli- ピーマン 人参 | ・すりつぶし煮 ・みじん切り煮 ・あらきざみ煮 ・スティック ・ごろごろを手づかみ |
| 芋類 | じゃがいも さつまいも さといも やまいも | ・マッシュ ・やわらか煮 |
| 豆腐 | | ・すりつぶし ・そのまま |
| 果物類 | リンゴ みかん バナナ 桃 メロン キウイ パイン ブドウ いちご | ・しぼって ・すりおろし ・すりつぶし ・スライス ・きざみ ・そのまま |
| 魚貝類 | 白身魚 青身魚 えび かに いか 貝類 | ・すりつぶし煮 ・ほぐし煮 ・煮魚 |
| 肉 | 鶏 牛 豚 レバー | ・すりつぶし ・ミンチ ・あらきざみ ・ペースト |
| 卵 | 白身 黄身 全卵 | ・プリン状、茶わん蒸し ・卵とじ ・卵焼き、炒り卵 |
| 乳類 | ヨーグルト 牛乳 チーズ | ・調理に使う ・そのまま食べる |
| その他 | ゴマ しいたけ しめじ ひじき ワカメ マヨネーズ | |
| ミルクについておたずねします | | |
| 現在は _____ ・母乳 _____ ・混合乳 _____ ・粉ミルク _____ ・牛乳 _____ を飲んでいます | | |
| ミルクはどのようにして飲んでいますか? ・哺乳瓶 _____ ・コップ _____ ・その他 (_____) | | |
| 1日の食事及びミルクの回数と時間 | 【ミルク】 1日 _____ 回 時間が決まっていれば教えてください (_____ 時 _____ 時 _____ 時 _____ 時) 1回量 _____ cc 【離乳食】 1日 _____ 回 (_____ 時 _____ 時 _____ 時) 食後のミルクの量は _____ cc | 現在 離乳食は ・初期 ・中期 ・後期 ・完了期 ・幼児食 |

保護者の皆様、利用者の皆様

個人情報の使用に係る承諾について

日頃より託児ルームソノコイロの運営にご理解ご協力いただき、ありがとうございます。ソノコイロでは今後、日々の活動や行事の様子などを、ホームページやInstagram等にてご報告させていただく予定であります。保護者様にとっては、お子様の日々の様子をご覧いただける貴重なツールとなればと思っております。また、地域の方々や入園ご希望者様、子育てをする皆様にソノコイロの活動を知っていただくためのツールとなればと考えております。

つきましては、以下の内容をご確認の上、写真並びに動画などの利用についてご承諾いただければ幸いです。

利用方法に関して

- 1 日々の活動や工作などの作品の写真・動画掲載
- 2 肖像の使用は、託児ルームソノコイロの広報に関することでのみ使用します。
- 3 掲載について削除依頼があった場合は、すみやかに削除いたします。

同意書

・ホームページ及びInstagramなど SNS への写真掲載

同意する→ (顔のモザイクが必要 必要なし) 同意しない

・園紹介パンフレットなどへの写真掲載

同意する 同意しない

令和 年 月 日 子ども氏名 _____

保護者氏名 _____ 印 _____

緊急連絡先 *変更があった場合はその都度、必ずスタッフまでお知らせください。

| | | | |
|------------|-----------------------|------|-----------|
| ふりがな | | ふりがな | |
| 園児名 | | 園児名 | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日生 | 生年月日 | 西暦 年 月 日生 |
| 初回利用年月日 | (令和 年) 西暦 年 月 日 | | |
| ふりがな | | | |
| 保護者名 | 父 | 母 | |
| 住所 | 〒 | | TEL |
| | | | |
| 緊急連絡先 | 父 | 勤務先名 | 携帯番号 |
| | | TEL | |
| | 母 | 勤務先名 | 携帯番号 |
| | | TEL | |
| その他の連絡先① | 様 (関係:) | | TEL |
| その他の連絡先② | 様 (関係:) | | TEL |
| 保険証番号 | * 記号、番号等もれなく記入してください。 | | |
| かかりつけの病院 | 外科・整形外科 | | 内科小児科 |
| | TEL | | TEL |
| | 歯科 | | 耳鼻科 |
| | TEL | | TEL |
| | 眼科 | | その他 |
| | TEL | | TEL |
| ** memo ** | | | |