

# 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
		(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	第 子
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  
要介助 自分で食べることが出来るが一部介助 最後まで自分で食べる  
手づかみ フォーク スプーン 箸 (右・左) エジソン箸不可  
小食 食ベムラがある 食べるのが遅い 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 <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でトイレです <input type="checkbox"/> オマルです ( <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない )							
	便	<input type="checkbox"/> オムツです <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でトイレです <input type="checkbox"/> オマルです ( <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない )							

午 睡  
 午睡の有無 しない 時々する する ( 午睡時間 時 分～ 時 分 )

寝つきなど すぐに寝る 眠るのに時間がかかる 眠りが浅く途中で起きる 寝るのを嫌がる

ご家庭での  
午睡時の誘導 横抱き 縦抱き おんぶ その他 ( )

体 質  
ゼイゼイいう 咳が出やすい 下痢をしやすい 鼻血が出やすい 蕁麻疹がしやすい  
肌が弱い 肘が抜けやすい (右・左)

言 葉  
喃語 単語が出る 大人の言葉に反応 簡単な会話ができる 普通に会話ができる  
よく喋る あまり話さない はっきりしている わかりにくい・吃音がある  
言葉が遅め その他 ( )

対 人  
人見知りしない 人見知りする  
 友達と一緒に遊ぶのが好き 大人数は慣れてない 手が出ることもある 噛むことがある

散 歩  
散歩や外遊びが好き 外遊び (公園など) は慣れてない 歩くのが苦手  
日頃ベビーカーに乗っている 手をつなぐのを嫌がる

託児経験 無 有→託児経験 1回利用 2～5回利用 6回以上 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 **			