一時預かり登録票（NO. 2）

※太枠内をご記入ください。

児童氏名（ふりがな）：

出産歴	母の状況	妊娠中異常がありましたか （ 有 ・ 無 ） ※「有」の方（ ） 妊娠期間（ 週） 分娩時間（ 時間 分） 出産時に下記に当てはまるものがありましたか。また他に何かありましたか。 帝王切開 ・ 出血多量 ・ その他（ ）
	お子さんの状況	身長 cm 体重 g 出産した病院（ ） 出産時に何かありましたか。 （ 保育器使用（ 有 ・ 無 ）
発達	首のすわり か月 寝返り か月 お座り か月 はいはい か月 つかまり立ち か月 つたい歩き か月 歩き始め か月	
	・歩行が遅れぎみである （ 有 ・ 無 ） ・ことばの遅れが少しある （ 有 ・ 無 ） ・多動ぎみである（視線が合わない）（ 有 ・ 無 ）	「有」の方は、いつ頃気がつきましたか。（ 歳 か月） どなたに言われましたか。（ ） 定期的に指導を受けていますか。（ はい ・ いいえ ）

体質				
熱が出やすい	（ はい ・ いいえ ）	（ ）		
アレルギーがある	（ はい ・ いいえ ）	（ ）		
吐きやすい	（ はい ・ いいえ ）	（ ）		
下痢しやすい	（ はい ・ いいえ ）	（ ）		
便秘になりやすい	（ はい ・ いいえ ）	（ ）		
皮膚が弱い	（ はい ・ いいえ ）	（ ）		
中耳炎になりやすい	（ はい ・ いいえ ）	（ ）		
鼻血がでやすい	（ はい ・ いいえ ）	骨折したことがある	（ はい ・ いいえ ）	
その他 （ ）				

くせ

指しゃぶり（ 有 ・無 ） 左ぎき （ 有 ・無 ） 爪をかむ（ 有 ・無 ） 性器いじり（ 有 ・無 ）

その他（ ）

生活

起床時間 （ ： 頃） 昼寝（ 回）（ ： 頃）（ ： 頃） 就寝時間（ ： 頃）

食事 （ ）回 （ ： 頃、 ： 頃、 ： 頃） 食事形態（ 離乳食 普通食 ）

食べる量 （ 多い ・ 普通 ・ 少ない ）

（ミルクを飲む方）

母乳のみ ・ 混合（母乳＋ミルク） ・ ミルクのみ ・ 離乳食＋母乳またはミルク ・ 離乳食＋フォローアップミルク

今までにかかった病気

病名	年齢	病名	年齢	現在の様子
突発性発疹		川崎病		
りんご病		心臓疾患		
水痘		喘息		
おたふく		熱性けいれん		
麻疹		ひきつけ		
風疹		（その他）		

＜家から支援センターまでの略図＞

＜一時預かり利用の理由＞

・就労（兄弟請西保利用（ ））
・リフレッシュ
・妊娠、出産
・介護
・ボランティアの参加
・その他

木更津市請西子育て支援センター