

一時預かり保育利用登録申込・同意書

登録日

年 月 日

■登録お子さんについて

児童の名称	ふりがな	性別	血液型
		男・女	型
生年月日	西暦 年 月 日 申し込み時: 歳 ヶ月		
出生時またはその後の異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	平熱	℃
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、その他アレルギーがあり、検査で陽性反応有 <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 ヶ月頃) 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)ダイアアップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
健康診断	受診歴 <input type="checkbox"/> 4ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 10か月検診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 3歳児検診 指摘事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)		
その他健康	現在、通院・経過観察中の病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的に:) 大きな病気 <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() 既往歴など留意してほしいこと <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
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		

■登録するお子さんについて

児童氏名	
------	--

生活リズム	日常的な生活の様子をお聞かせください。(睡眠は←睡眠→、食事は(母・ミ・食)遊びは←遊び→など)	
	時間	
	活動	
好きな遊び	誰とどんな遊び:	
ミルク	種類	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク(回数 回/1日、量 CC/1回)
	その他留意点	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶に慣れていない <input type="checkbox"/> 授乳間隔が不規則 <input type="checkbox"/> 飲みが進みにくい、時間がかかる
食事	段階	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食(回数: 回/1日、段階 <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了)
	食べ方	<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自分で食べる事ができるが一部介助 <input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べれる <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
	その他留意点	<input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 食べムラがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅い <input type="checkbox"/> その他
排泄	オムツ/パンツ	<input type="checkbox"/> オムツ常時着用 <input type="checkbox"/> オムツ午睡・就寝時のみ着用 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> パンツ常時着用
	トイレ(尿)	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でできる(<input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない)
	トイレ(便)	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でできる(<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～ 時)
	寝つきなど	<input type="checkbox"/> すぐに眠る <input type="checkbox"/> 眠るまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅く途中で起きてしまう <input type="checkbox"/> 眠ることを嫌がる
	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"/> ゼイゼイ言う <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"/> じんましんがやすい <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"/> おとなの言葉に反応 <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・どもる <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 お友達と一緒に <input type="checkbox"/> 一緒に遊ぶのが好き <input type="checkbox"/> 大人数は慣れていない <input type="checkbox"/> 手が出る事がある <input type="checkbox"/> 噛む事がある	
散歩	<input type="checkbox"/> 散歩・外遊びが好き <input type="checkbox"/> 外遊び(公園など)は慣れていない <input type="checkbox"/> 歩くのが苦手 <input type="checkbox"/> 手を繋ぐことを嫌がる	
かかりつけ医	小児科:	眼科:
	耳鼻科:	整形外科:
	皮膚科:	その他:
その他	保育を利用するにあたって心配な事・配慮してほしいこと・伝えておきたいこと	

■保護者について

住所	〒 -					
	氏名(ふりがな)	性別	生年月日	勤務先又は学校	勤務先電話番号	携帯電話
家族状況						
利用の目的	<input type="checkbox"/> 保護者の就労や準備等 <input type="checkbox"/> 保護者のリフレッシュ <input type="checkbox"/> 保護者の用事 <input type="checkbox"/> 保育園での生活や多様な体験をさせたいため <input type="checkbox"/> その他()					

■緊急連絡先

連絡順	氏名(ふりがな)	続柄	性別	緊急連絡先
1				
2				
3				

■同意項目

- ・登録時の提出書類、利用当日の持ち物のご準備が揃っていない場合は受け入れできません。
 - ・行事などの理由で受け入れをお断りする場合があります。
 - ・37.5℃以上の熱がある場合には受け入れできません。
 - ・預かり中に発熱や体調不良の場合は速やかにお迎えに来て頂きます。
 - ・事前に「一時預かり保育申請書」を提出し、利用料金はお迎え時に清算する事とします。
- 以上の事に同意いただいたうえで、一時預かりの利用登録を申し込みします。

年 月 日 申込者

印

■提出書類・持参いただく持ち物

- 一時預かり保育利用登録申し込み・同意書 一時預かり申請書 母子手帳 保険証 受給者証

※母子手帳、保険証、受給者証は園にてコピーを取らせて頂きます。