

一時保育利用申請書

記入日：令和 年 月 日

利用希望日時：令和 年 月 日（ ） < : ~ : >

申込者	フリガナ				印	児童との続柄	
	氏名						
	住所	(〒 -)					
	自宅電話番号		携帯番号				
	勤務先						
	勤務先住所	(〒 -)					
	勤務先電話番号						

集団生活の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
申込理由	非定型保育 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> その他()
	緊急保育 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭
	その他 <input type="checkbox"/> リフレッシュ <input type="checkbox"/> その他()

お子様	フリガナ				性別	
	氏名					
	生年月日	年	月	日生	年齢	

※ 緊急連絡先	フリガナ				児童との続柄		
	氏名						
	住所	(〒 -)					
	自宅電話番号		携帯番号				

※ 送迎者	フリガナ				児童との続柄		
	氏名						
	住所	(〒 -)					
	自宅電話番号		携帯番号				

※1：緊急時に必ず連絡がつく番号を記載してください。

※2：申込者又は緊急連絡先と異なる場合のみ、ご記入下さい。

次ページのご記入もお願い致します。

健康状態報告書

<確認事項>

1. ご利用希望日の前日 15 時までのご予約にご協力下さい。
2. 保育士の勤務状況や行事等により、ご希望に添えない場合がございますので、予めご了承下さい。
3. 上記の記載内容の変更、ご利用をキャンセルする場合は速やかにお知らせ下さい。

※当てはまる口に✓チェックまたは () 内に詳細を記載して下さい。

◆健康状況◆

健康である 治療中である〔病名： () 〕 過去に大きな病気にかかった〔病名： () 〕

◆成長・発達◆

問題なし 問題がある(内容 ()) 健診や病院で指摘を受けた(内容 ())

◆言語◆

発語なし 発語はないがこちら側の言っていることの理解はあり 喃語のみ 発語あり (単語のみ・二語文・三語文以上)

◆体質等◆

平熱 () °C
お腹が弱い 皮膚が弱い 脱臼しやすい
その他〔具体的な症状： () 〕

◆アレルギーの有無◆

あり なし
 〔種類： () 〕

◆熱性痙攣の有無◆

あり(最後に発作がおきた月年齢： 歳 カ月) なし

◆生活◆ ※3歳未満のお子様のみ

食事 幼児食 離乳食〔初期(5~6ヶ月頃)・中期(7~8ヶ月頃)・後期(9~11ヶ月頃)〕
 食事量 小食 普通 よく食べる
 食べ物の好き嫌い ない ある()
 食事の自立度 自立している(箸、トレーニング箸スプーン・フォーク) していない
 水分摂取 ベビーマグ(スパウト・ストロー・マグカップ型) 片手マグカップ型 湯呑 その他()
 おやつ・間食 食べていない 食べている(時 時 時・種類)
 授乳 授乳目安時間 (時間おき) 授乳量 (ml/回) 登園前の最終授乳(時)
 排泄 自立 紙おむつ トレーニング中(日中はトレパン使用) 排尿のみ自立 その他()
 最終おむつ交換・排泄時間 _____ 時 _____ 分頃 本日の排便の有無 有・なし(何日間排泄なし)
 睡眠 午前 : ~ : 午後 : ~ :
 入眠時のパターンやくせ ひとりで寝る トントンをする 抱っこで寝る その他()
 性格 ()
 好きな遊びやキャラクター ()
 普段呼ばれているニックネーム等 名前・その他(_____)

◆予防接種◆

定期接種は受けている 一部受けている() 受けていない(理由)
季節性インフルエンザの予防接種は受けた(1回・2回、時期： 月 日頃)

◆その他◆ ※伝えておきたいこと等