

一時預かり保育 利用登録申込・同意書

児童氏名：

私(申込者)は下記の通りに、一時預かり保育の利用登録を申し込みます

登録番号：

■登録するお子さんについて

児童の名前	ふりがな	お子さんの写真 貼り付け欄 スナップ可	
	男・女		
生年月日	西暦 年 月 日生まれ	※登録時	歳 ヵ月
出生歴		血液型	型
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (物質名と症状 ) <input type="checkbox"/> 食物、動物、薬・その他のアレルギーがあり、検査で陽性反応あり <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 ヵ月頃) <input type="checkbox"/> 検査はしていない、又は陰性だったが控えている (控えている理由： )		
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数：約 回 (初回 歳 ヵ月頃・最後 歳 ヵ月頃)		
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：		
	常用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 回)疾患名： 薬名：		
	既往歴など留意してほしい事 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 具体的に：		
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回以上もしくは、定期的に利用)		

■保護者について

保護者氏名 (父)	ふりがな	保護者氏名 (母)	ふりがな
ご住所	〒 -		
主な登録目的 (複数可)	<input type="checkbox"/> 緊急時の備え <input type="checkbox"/> 保護者のリフレッシュ、息抜き <input type="checkbox"/> 保護者の用事等 <input type="checkbox"/> 慣らし保育 <input type="checkbox"/> 保護者の就労や準備等 <input type="checkbox"/> 園での生活や多様な経験をさせたいため <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				携帯： 自宅又は勤務先：
2				携帯： 自宅又は勤務先：
3				携帯： 自宅又は勤務先：

■同意項目

- ・登録時の提出書類、利用当日の持ち物(別紙参照)のご準備が揃っていない場合は受入できません。
  - ・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。また、預かり中に発熱した場合は速やかにお迎えに来ていただきます。
- 以上のこと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ます。

令和 年 月 日 申込者

生活リズム	日常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)など、遊びは←あそび→などご記入ください】 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	
好きな遊び		
ミルク	種類など	<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)
	その他の留意点	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶になれていない <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"/> 完了期)
	食べ方	<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自分で食べることができるが一部介助 <input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べることができる【 <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)】
	その他の留意点	<input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 食べむらがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅め <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着用 <input type="checkbox"/> パンツ常時着用
	トイレ(尿)	<input type="checkbox"/> トイレできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人のできる( <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない)
	トイレ(便)	<input type="checkbox"/> トイレできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人のできる( <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない)
体質	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ言う <input type="checkbox"/> 熱が出やすい <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(なんご) <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"/> よくしゃべる <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 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 遊ぶのが好き <input type="checkbox"/> 大人数は慣れていない <input type="checkbox"/> 手が出ることもある <input type="checkbox"/> 噛むことがある)	
散歩	<input type="checkbox"/> 散歩・外遊びが好き <input type="checkbox"/> 外遊び(公園など)はなれていない <input type="checkbox"/> 歩くのが苦手 <input type="checkbox"/> 手をつなぐことを嫌がる <input type="checkbox"/> 一人でどこかへ行ってしまう <input type="checkbox"/> その他、気をつけてほしい事(    )	
成長	<input type="checkbox"/> 首すわり(    カ月) <input type="checkbox"/> 寝返り(    歳    カ月) <input type="checkbox"/> おすわり(    歳    カ月) <input type="checkbox"/> 自立歩行(    歳    カ月)	
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    医療機関名:	
その他	保育をするにあたって、心配な事・配慮してほしい事・伝えておきたい事	