

一時保育事業利用申込書

令和 年 月 日

保育園長殿

住所 (様方)

フリガナ

保護者氏名 印

自宅電話 (自宅・呼出)

携帯 (父・母)

一時保育事業の利用につき、次のとおり申込します。

区 分		ふりがな 氏 名	利用児童 との続柄	性別	年齢	生年月日	職業・学校等
利用児童の 家庭状況	利用 児童		本 人			年 月 日	
	その他の 家族		父	男		年 月 日	
			母	女		年 月 日	
						年 月 日	
						年 月 日	

主な送迎者	朝	父・母・その他 ()	夕	父・母・その他 ()
勤務先	父	所在地 名称 (固定電話)		
勤務先	母	所在地 名称 (固定電話)		
緊急連絡先	父・母 以外	所在地 名称 (固定電話)		
申込理由を具体的に記入してください。			自宅付近の見取図	

児 童 健 康 問 診 表

児童名 ()

記入時の年齢 (歳 ヶ月)

出生前後から現在に至るまでのお子さんについて、あてはまる事項を○で囲み () 内に記入してください。

1. 妊娠中の状態は 正常・異常 ()													
2. 出産時の状態は 正常・異常 ()													
3. 新生児期の状態は 正常・異常 ()													
		平日時の体温	度	分	妊 娠 ・ 出 産 ・ 乳 児 期 の 状 況	出生時の体重				g			
		熱が出やすい ()					在胎期間				ヵ月		
		嘔吐しやすい ()					授乳 (母乳・人工乳・混合乳)						
		下痢しやすい ()					首のすわり				ヶ月		
		便秘しやすい ()					おすわり				ヶ月		
		風邪をひきやすい ()					はう				ヶ月		
		じん麻疹がでやすい ()					つたい歩き				ヶ月		
		皮膚がかぶれやすい ()					歩きはじめ				ヶ月		
		小児ぜんそくがでる ()					「マンマー」など一語を話せた				ヶ月		
		ひきつけがある (ある ・ ない)					離乳食	始	ヶ月~	終	ヶ月まで		
		そのとき発熱は ()					アレルギー	有	食品名 ()・無				
		いつ頃・何回 (回)					偏 食	有 ()	・無				
		脱臼したことがある ()					はしか				予 防 接 種 (接種済みに○をつけてください。)	日本脳炎	
		ヘルニア(脱腸) ()					歳 ヶ月					水ぼうそう	
		心臓疾患がある ()					水ぼうそう					歳 ヶ月	DPT-I P V (四種混合)
		中耳炎にかかった ()					おたふくかぜ					歳 ヶ月	D P T (三種混合)
	今までにかかった病気 [] ・特になし					百日咳				歳 ヶ月		ポリオ	
						風しん				歳 ヶ月		不活化ポリオ	
						その他						B C G	
											麻疹・風疹 混合		
	備 考									B型肝炎			
										ヒブワクチン			
										小児用肺炎球菌			