

一時預かり保育申請書

すずらん保育園 園長 殿

下記の通り、児童の一時預かり保育を申し込みます。

■申込■

ふりがな 保護者名					
ふりがな 児童名	(男・女)	生年月日 年 月 日	年 齢 歳 ヶ月		
住 所	〒	電話番号 (携 帯)	( )		
① 緊急連絡先	氏名	電話番号			
② 緊急連絡先	氏名	電話番号			
③ 緊急連絡先	氏名	電話番号			
ご利用について	<input type="checkbox"/> 初回 ・ <input type="checkbox"/> 再 (前回のご利用… 年 月頃)				
家庭の 状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業・勤務先
利用希望日			申請理由		
月 日 ( )	: ~ :				
月 日 ( )	: ~ :				
月 日 ( )	: ~ :				
月 日 ( )	: ~ :				
月 日 ( )	: ~ :				
月 日 ( )	: ~ :				
月 日 ( )	: ~ :				
月 日 ( )	: ~ :				

児童調査票

児童名				呼び名		
体 重	kg			平 熱	℃	
健康保険証	保険証名 ( )	被保険者(加入者) ( )	記号番号 ( - )	保険者番号 ( )		
薬や食べ物でアレルギーはありますか？						
<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ						
今までに大きな病気やケガをしましたか？						
<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ						
体質について						
<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 ( )						
かかりやすい病気について						
<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> その他 ( )						
生活について						
食 事	偏 食	無・有 ( )		食べ方	手づかみ・スプーン・箸	
	食事時間	朝 : 頃	昼 : 頃	夜 : 頃	飲み方	哺乳瓶・ストロー・コップ
排 泄	大 便	自分でふける・少々ふける・ふけない			小 便	自分でできる・少々できる・できない
昼 寝	する ( 時 ~ 時 ) しない					
その他、園で配慮すること						
※個別対応の希望がある場合、即答はできません。相談後連絡させていただきます。【バス、薬 等】						