

一時預かり事業利用申込書（登録申請書）

☆ 4月1日時点で満1歳以上のお子様をご利用可能です ☆

西暦 年 月 日 申込

ふりがな 児童名 性別 せいれき 西暦 年 月 日生

保護者	氏名 <small>ふりがな</small>	お子様との関係	
	住所 芽室町	電話	

緊急連絡先 1→2→3の順にお電話させていただきます

	氏名（ふりがな）	電話番号	お子様との関係	住所
1				
2				
3				

家族構成

氏 <small>ふりがな</small>	続柄	性別	生 年 月 日	勤務先・学校名等	備考
			西暦 年 月 日		
			西暦 年 月 日		
			西暦 年 月 日		
			西暦 年 月 日		
			西暦 年 月 日		

一時預かりを必要とする区分及び理由（下記の利用申込欄に次の記号・番号をご記入ください。）

必 要 区 分	必 要 と す る 具 体 的 な 理 由
A 非定型的保育	①就労 ②就学 ③資格取得 ④求職活動 ⑤ボランティア活動 ⑥その他（具体的理由）
B 緊急保育	①傷病 ②災害 ③事故 ④出産 ⑤看護 ⑥介護 ⑦冠婚葬祭 ⑧その他（具体的理由）
C 私的理由による保育	①育児等に伴う心理的、肉体的負担の解消（リフレッシュ） ②その他（具体的理由）

一時預かり事業利用申込

利 用 日	利 用 時 間 帯	利用時間	必要区分 記号	必要理由 記号	利 用 料		
					保育料	給食費	おやつ代
月 日	時 分 ~ 時 分	時間					
月 日	時 分 ~ 時 分	時間					

※裏面の【健康調査票】もご記入ください。

園長	副園長	主任	主任	担当

健康調査票

健康 保険証	被保険者				既往症	<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 突発性発疹
	種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> おたふく	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 肺炎
	記号		番号			<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> その他 ()	
血液型	(RH)	型	平熱		予防 接種	<input type="checkbox"/> 四種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 (1・2)		
かかりつけの病院		電話		<input type="checkbox"/> BCG (1) <input type="checkbox"/> ヒブ (1・2・3・追加)				
				<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (1・2・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3)				
				<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1・2・追加) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう (1・2)				

お子様の健康上、特に注意することはありますか

けいれんを起こしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ:)	(起きた時の対応:)	症状:)
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (症状:)		
食物アレルギー (食事制限)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (症状:)		
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (食物名:)		
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()		
脱臼したことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ:)	(どの部分ですか)	

食事	自分で	<input type="checkbox"/> 食べられる (箸・スプーン・フォーク・他)	睡眠	<input type="checkbox"/> 昼寝 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する ()	(時間位)	
		<input type="checkbox"/> 食べられない		昼寝時間	時 分 ~ 時 分	
	好きな食べ物			寝る時のくせ: 抱っこ・おんぶ・添い寝		
	苦手な食べ物 (食べたこと、飲んだことのない物)			その他 ()		

排泄	排泄方法	<input type="checkbox"/> おむつ (紙・布) <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> 出たら知らせる <input type="checkbox"/> 自立している			
	大便	1日	回	(<input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 <input type="checkbox"/> 決まっていない)	
	小便	間隔は何時間おきですか () 時間おき)			
	おねしょ	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> ときどきする			

言葉	<input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> はっきりしていない	人見知り	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する ()
----	--	------	--

好きな遊び 得意なこと	
----------------	--

その他、お子様に関して、ご心配なことはありますか	
--------------------------	--