

| | |
|----|------------|
| 園長 | ※園長処理欄 |
| | 利用料軽減対象の有無 |
| | 有・無 |

一時保育事業利用登録申請書

令和 年 月 日

鈴蘭保育園 園長 須田 夕香 あて
一時保育利用について関係書類を添えて申請します。

| | | | | | |
|--------------|----------|---------|-------------|---------|------|
| ふりがな | | 性別 | 男 ・ 女 | | |
| 児童名 | | 生年月日 | 平成 令和 年 月 日 | | |
| 保護者名 | | 子どもの呼び名 | | | |
| 住所 | 〒 音更町 | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | 父 | 母 | | |
| 家族 状 況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先・学校等 | 電話番号 |
| | | | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |

| | | |
|--------|-----------------|-----------------|
| 児童の送迎者 | 送り → 父・母・その他() | 迎え → 父・母・その他() |
|--------|-----------------|-----------------|

| | | | |
|---------------|----|-----|----------|
| その他の緊急 連絡先 | 氏名 | TEL | 携帯電話番号 |
| | 住所 | | お子さんとの関係 |
| | 氏名 | TEL | 携帯電話番号 |
| | 住所 | | お子さんとの関係 |

| | | | | |
|-----------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|
| 健康 保険証 | 種類 | <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他() | 記号 | |
| | 被保険者 | | 番号 | |

同意書

・他の利用児童に起因する事故等による損害については、鈴蘭保育園が掛けている損害賠償保険の補償範囲内でのみ、補償を求め、当該保険の補償範囲を超えた賠償請求は、いずれのものに対しても、行わないこと。

・音更町一時保育事業実施要綱第8条第3項の規定の適用を確認するため、音更町職員による世帯の課税状況等の閲覧に同意します。

氏名

印

※取得した情報は、一時保育の実施以外の目的には使用しません。

| 血液型 | 型 | 平熱 | ℃ | かかりつけの病院 | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 既往歴 | <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他 () | | 予防接種 | <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 麻疹風疹 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> B型肺炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> おたふくかぜ |

| 出生時 | 身長 | cm | 体重 | g | 数週 | w |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|----|---|
| 出産状況 | 正常 ・ 仮死 ・ 逆子 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開 ・ 早期破水 ・ その他() | | | | | |
| 身体発育 | 首のすわり (ヶ月) ・ 寝返り (ヶ月) ・ おすわり (ヶ月) ハイハイ (ヶ月) ・ つたい歩き (ヶ月) ・ 一人歩き (ヶ月) 人見知り (ない ・ あった ヶ月頃) ・ 後追い (ない ・ あった ヶ月) | | | | | |
| 健診 | <input type="checkbox"/> 5カ月 <input type="checkbox"/> 10カ月 <input type="checkbox"/> 1歳6カ月 <input type="checkbox"/> 2歳 <input type="checkbox"/> 3歳 【いつ・どのような指導がありましたか】 | | | | | |

| | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| けいれん | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 【いつ頃ですか】 才 ヶ月頃 【回数】 回 【どういう時に】 |
| 脱臼 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 【どの部分ですか】 【頻度】 |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※食事制限のある方は別紙記入 【食べ物以外】卵 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ 乳製品 ・ 甲殻類 ・ そば ・ ナッツ ・ その他() 【食べ物以外】 動物 ・ ハウスダスト ・ ダニ ・ その他 () 【どのような症状ですか】 |

| | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事 | <input type="checkbox"/> 離乳食 (後期・完了期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 卒乳 才 何か月頃 <input type="checkbox"/> 一人で食べられる (手づかみ・スプーン・はし) <input type="checkbox"/> 一人で食べられない |
| | 好きな食べ物 嫌いな食べ物 |

| | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 午睡 | 【午前寝】 <input type="checkbox"/> する (時～ 時頃) <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> しない |
| | 【昼寝】 <input type="checkbox"/> する (時～ 時頃) <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> しない |
| | 【寝る時のくせ】 <input type="checkbox"/> だっこ <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 眠り <input type="checkbox"/> 浅い <input type="checkbox"/> 深い <input type="checkbox"/> その他 () |

| | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 排泄 | <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> 自立 |
| | 【小便】 間隔： 時間おきくらい |
| | 【大便】 一日 回 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 決まっていない |
| | 【小便・大便】 <input type="checkbox"/> 出た後に伝える <input type="checkbox"/> 出る前に伝える |

| | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 (喃語 ・ 片言 ・ 幼児語) |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|------|----------------------------------------------------------|
| 人見知り | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない |
|------|----------------------------------------------------------|

| | |
|--------------|---------------------|
| 好きなあそび、得意なこと | お子さんに関して注意して欲しいことなど |
|--------------|---------------------|

一時保育はどこで知りましたか

役場 ・ 広報 ・ 保健師 ・ 知人 ・ 支援センター(鈴蘭・木野南・柳町・音更) ・ その他()