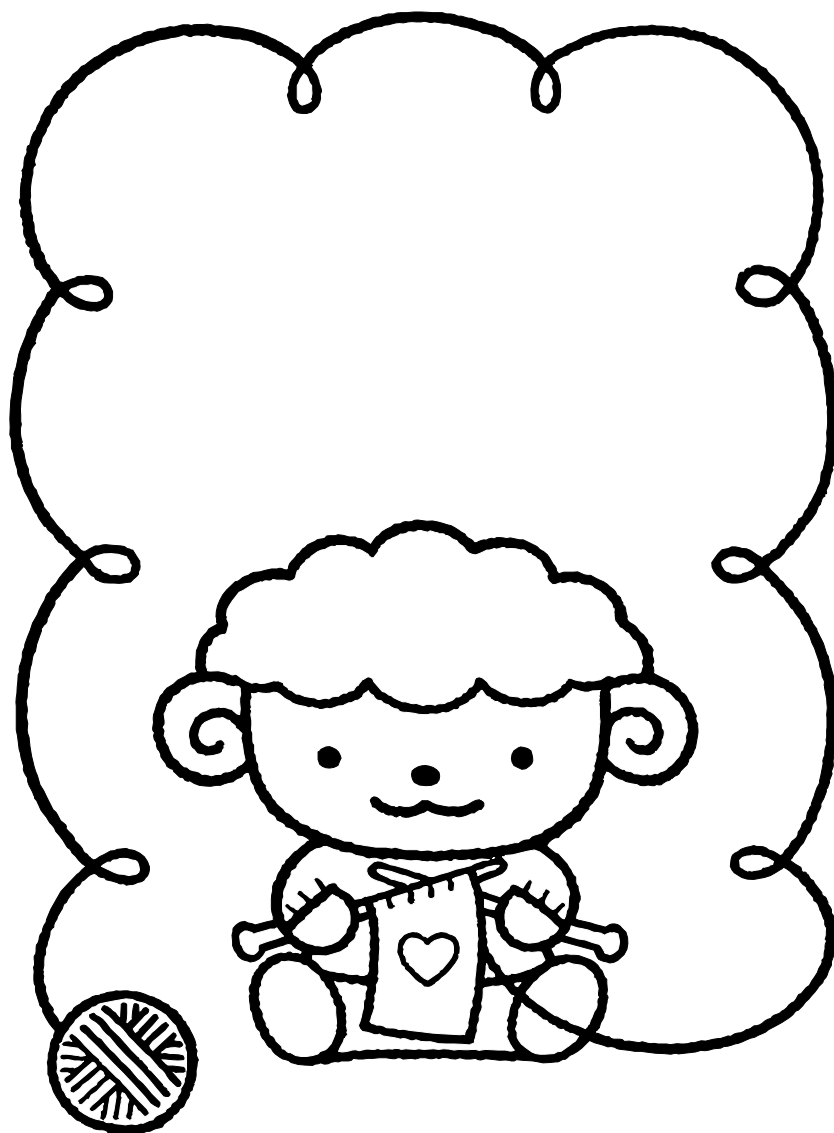


西砂保育園  
一時保育  
ひっじっこ



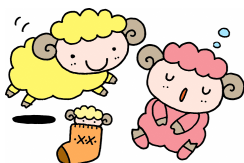
社会福祉法人 高峰福祉会  
西砂保育園

〒190-0034

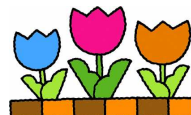
東京都立川市西砂町2-63-2

tel 042-531-0514

fax 042-531-4865



## 【 ちょっとひと休み 】



### ☆ 愛 称 ☆

平成 24 年度から一時保育事業が始まりました。皆さんに親しまれる一時保育の愛称は何が良いのか、子ども達に考えてもらいました。多くの愛称の中から『ひつじがいいな』と一生懸命考えてくれました。ひつじのイメージを聞いてみると『あったかいかわいい、白くてふわふわ』子ども達からでた素敵なあたたかいことばでした。大人からみると『ひつじっこ』とぴったりにない表現かもしれませんが、子ども目線で考えたこのことばは、なんとも愛嬌があるように感じました。是非皆様にも愛される一時保育室になるように全力で努めさせていただきます。

### ☆ 遊びは楽しい ☆

一時保育室では保育園の中にある特性を生かし、お天気の良い日は広い園庭で遊んだり、室内では年齢に合った玩具で遊んだりとゆっくりとひとり一人に合わせた保育を心掛けています。



一時保育室を飛び出し、保育園の園児と共に制作をしたり、行事に参加をしたり、家庭ではできない体験をたくさん楽しんでほしいと思います。

また園目標では『丈夫なからだ』を基本としています。バランスの取れた食事をとることが、安定した精神を作り、意欲的に遊び、新しいことにチャレンジする主体的な行動へと発展させます。ご家庭へのお願いですが、一時保育を利用する場合は必ず朝食を取り、元気に登園して下さい。

思春期までを  
見通した子育ての  
知恵

☆ 小さい頃は手をかけて  
手が離れたら目をかけて  
目が離れたら心離すな

☆ 乳幼時期には適切な手をかけてください  
学童期には目をかけてください  
思春期には心を離さないで下さい

### ☆ ひと休み ☆

子ども達は保護者の手を離れ、初めての環境に不安や戸惑いが見られ、泣いてしまうことがあると思います。また保護者の皆様にとっても子どもを預けることで、後ろ髪を引かれる思いがあるのではないのでしょうか？そんな皆様の辛い思いを子育て経験のある有資者の保育士が受け止め、お子様をしっかり見させて頂きますのでどうぞご安心下さい。

子育ては楽しいもの、その反面疲れるものです。疲れを溜めずにこころでちょっと一休みしませんか？子ども達は笑顔をたくさん見せてくれる元気なお母さんが大好き。肩の力を抜いて、時には子どもから離れることも必要です。そしていつもの素敵なお母さんになってまた子育てを楽しんで下さい。

またお困りの事がありましたら担当あるいは主任、園長にご相談下さい。

少しでも保護者皆様の応援ができれば幸いです。

◇ 一時利用について

- \* 保護者の短時間就労や育児疲れのリフレッシュなどの為にお子さまを一時的にお預かりいたします。

◇ 利用対象児童

- \* 生後3カ月から就学前の集団保育が可能な児童。
- \* 病気のお子様はお預かりできません。
- \* 市外の方はご相談ください。

◇ 利用時間

- \* 月曜日～金曜日の9時～17時までの間での必要な時間お預かりします。  
(9時又は、9時30分～受入れ、17時までのお迎えとなります)

◇ 利用回数

- \* 週2回まで  
3回目はキャンセル待ちとなり、空きがでましたら保育園より連絡します。

◇ 定員

- \* 1日5人程度

◇ 利用料金

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| 短時間コース<br>2、5時間まで | 1000円<br>※市外の方は+1000円 |
| 標準コース<br>5時間まで    | 2000円<br>※市外の方は+1000円 |
| 1日コース<br>5～8時間まで  | 4000円<br>※市外の方は+1000円 |

(特例)

☆やむを得ず利用時間が過ぎてしまう場合には一律700円の追加料金が発生しますのでご注意ください。

☆又、8:30～9:00にご利用したい方はご相談下さい。(700円追加となります)

◇ 初回登録料 200円

次年度より自動更新とさせていただきます。最後のご利用日から1年間ご利用のない場合は自動消滅とさせていただきますのでご了承ください。

## ◇ 保育料支払い方法

- \* 利用当日の登園時、一時保育室での支払いとなります。釣り銭のないようお願いします。

## ◇ 利用方法

### 1. 事前登録

- ① 電話にて面接の予約をとる（電話受付 月～金 9：00～17：00）
- ② 登録必要書類に記入の上、親子で面接を受ける  
持ち物：登録必要書類、健康保険証のコピー、家族のスナップ写真を貼り付けてお持ちください。

### 2. 予約

予約したい月の前々月 25 日までに別紙の予約申込書を一時保育室又は事務所に提出してください（持参、郵送）。

申し込みの日々ごとに、抽選を行い、結果は前月の月初めに電話連絡致します。

例 5 月予約申し込みは 3 月 25 日までに提出、結果は 4 月 1 日に連絡。

### 3. キャンセル

- \* キャンセルは分かり次第早めに園までご連絡下さい。
- \* 土曜日は電話対応しておりません
- \* 当日の急なキャンセルは am8：00～am8：30 迄にご連絡下さい。

### 4. 休園日

- \* 土、日、祝祭日、年末年始 12 月 29 日～1 月 3 日

### 5. 送迎について

- \* 原則として送迎は保護者が責任を持っておこなってください。
- \* 保護者以外の方が来る場合には必ず事前に伝えてください。
- \* 連絡がない場合はお渡しできませんので、ご了承ください。

### 6. 駐車場について

- \* タイヤガーデン横の西砂保育園表示看板の指定された 8 台の場所に止めてください。

タイヤガーデン側から入り五日市街道から出る一方通行になります。

- \* 近隣のコンビニ、ハンバーグ屋、園近隣道路には止められません。

## 6. 持ちものについて (別紙参照)

|                   | 0 歳児                                                    | 1, 2 歳児 | 幼児                   |
|-------------------|---------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| 着替え上下 (肌着・スタイも含む) | 各 3～4 組                                                 | 各 3 組   | 各 2 組                |
| オムツ               | 5～7 枚                                                   | 5～7 枚   | 必要に応じて               |
| タオル               |                                                         |         | 手拭きタオル<br>1 枚 (ヒモつき) |
| バスタオル             | 1 枚                                                     | 1 枚     | 1 枚                  |
| 食事用エプロン           | 2 枚                                                     | 1～2 枚   | なし                   |
| お尻拭き              | 1                                                       | 1       | 必要に応じて               |
| 汚れ物袋 (着替え等)       | 2                                                       | 2       | 2                    |
| オムツ袋              | 数枚                                                      | 数枚      | 必要に応じて               |
| 上履き               |                                                         |         | 1                    |
| 帽子 (ゴム付)          | 1                                                       | 1       | 1                    |
| 運動靴 (靴下含む)        | 1                                                       | 1       | 1                    |
| その他               | 必要に応じ ガーゼ・マグマグ・コップ                                      |         |                      |
| 連絡帳・登録証           | <b>※忘れずにお持ち下さい</b><br><b>登録証は 2000 円以上で 1 スタンプとなります</b> |         |                      |

※ 持ち物全てに名前を記入してください

※ かばんにも分かりやすく名前を記入してください

※ 粉ミルク (園指定: ビーンスターク (すこやか・つよいこ))・哺乳瓶 (多種) は園のほうで用意してあります。

その他ご希望の場合は持参下さい。

### ◇ 一時保育の保育内容と一日の過ごし方

- \* 一時保育専用の部屋がありますが、個々の子どもの状態によって園児との交流や行事に参加できるように工夫いたします。
- \* 年齢によって、一日のプログラムは異なります。

## ◇ 健康管理について

### 1. 登園前にお子さまの様子を見ましょう

- ・ 顔色・機嫌はいつもと変わりありませんか
- ・ 食欲はありますか
- ・ 発熱や発疹はありませんか
- ・ 便はいつもとかわりありませんか

### 2. 登園後以下のような症状の場合、連絡の上お迎えをお願いする場合があります。 その場合は、速やかにお迎えをお願いします。

- ・ 発熱(37.5℃)
- ・ 発疹などの伝染病の病気が予想される場合
- ・ 嘔吐や下痢が保育中におこった場合

※いつでも連絡が取れるように、緊急連絡先を明確にしてください。

### 3. 薬について

＊原則として薬はお預かりしません

## ◇ アレルギー児について

＊面接時に必ずアレルギーの詳細についてお話下さい。

＊アレルギーの疑いを感じた場合や、ご家族の方にアレルギーがある場合は、必ず病院で検査をして頂き、検査結果をお持ちください。

＊又、アレルギー対応が必要な場合は、お弁当持参をお願いします。  
ご了承下さい。

#### ◇ 感染症について

下記の感染症にかかった場合は、集団保育が出来ませんので、完全治癒まで一時保育の利用は出来ません。

- |                   |               |
|-------------------|---------------|
| ・ 麻疹（はしか）         | ・ 溶連菌感染症      |
| ・ インフルエンザ         | ・ マイコプラズマ肺炎   |
| ・ 風しん             | ・ 手足口病        |
| ・ 水痘（水ぼうそう）       | ・ リンゴ病        |
| ・ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | ・ ウイルス性胃腸炎    |
| ・ 結核              | ・ ヘルパンギーナ     |
| ・ 咽頭結膜熱（プール熱）     | ・ R S ウイルス感染症 |
| ・ 流行性角結膜炎         | ・ 帯状疱疹        |
| ・ 百日咳             | ・ 突発性発疹       |
| ・ 腸管出血性大腸菌感染症     | ・ 流行性嘔吐下痢症    |

※周囲への伝染が心配な時、プールなどの保育内容によっては、登園や対応についてご相談させていただくこともあります。

※ご利用によっては治癒証明書が必要な場合もございます。

※一時保育利用後に感染症がかかった場合には、必ず保育園に連絡してください。

#### ◇ 団体傷害保険の加入について

西砂保育園では、団体傷害保険に加入しています。一時保育中の保育園の管理下の事故による傷害につきましては、保険金の対象となります。

一時保育 ひっじっこ

登録利用申請書

令和 年 月 日

西砂保育園 園長殿

保護者 住所  
電話番号  
名前 印

一時保育を利用したいので、次のとおり申請致します。

|              |            |          |      |                 |  |
|--------------|------------|----------|------|-----------------|--|
| 申請児名         | フリガナ<br>氏名 |          | 男・女  | 生年月日<br>平・令・（歳） |  |
| 家族構成<br>本人含む | 氏名         | 続柄       | 生年月日 | 就労先（又は学校）名      |  |
|              |            |          |      |                 |  |
|              |            |          |      |                 |  |
|              |            |          |      |                 |  |
|              |            |          |      |                 |  |
|              |            |          |      |                 |  |
|              |            |          |      |                 |  |
| 主な申請理由       |            | リフレッシュ   |      | 習い事             |  |
|              |            | 家事・用事    |      | 子育ての悩み          |  |
|              |            | 体調不良     |      | 就労              |  |
|              |            | 兄弟の学校・行事 |      | その他             |  |

(注) 枠内をご記入ください。 No.



一時保育 ひつじっこ

児 童 状 況 表

記入日：令和 年 月 日

|           |      |  |           |                   |                     |
|-----------|------|--|-----------|-------------------|---------------------|
| 児 童 名     | ふりがな |  | 生年<br>月日  | 年 月 日<br>(満 歳 ヶ月) | ここに親子の写真を<br>貼して下さい |
|           | 男・女  |  |           |                   |                     |
| 住 所       | 〒    |  |           |                   |                     |
| TEL : ( ) |      |  |           |                   |                     |
| 保護者<br>氏名 | 父    |  | 緊急<br>連絡先 | 父                 |                     |
|           | 母    |  |           | 母                 |                     |
| 送迎方法      |      |  | 所要時間      |                   |                     |

-----

問 診 表

緊急の場合、お子さんを保育園からお医者さんへ直接つれていかななくてはならない場合がありますので、下記  
の問診表にお答え下さい。尚、保険証と乳児医療証のコピーを添付して下さい。

の  
り  
付  
け

1. 薬その他のアレルギーがありますか。 ①ある ( ) ②ない

2. 今までに重い病気をしたことがありますか。 ①ある ( ) ②ない

3. その他、受診するにあたりお医者さんに知らせしておかなければならないようなことがありますか

4. かかりつけの医療機関についてお知らせください。

小児科 ( TEL ( ) )

外科 ( TEL ( ) )

整形外科 ( TEL ( ) )

眼科 ( TEL ( ) )

耳鼻科 ( TEL ( ) )

歯科 ( TEL ( ) )

※縫合が必要な場合の希望医療機関 例：〇〇病院の〇〇科

( )

とくに希望がなければ保育園におまかせしていただくことになりますのでご了承下さい。

保険証と乳児医療証のコピーは左側の部分にのり付けしてください。

# 児童の健康状況票

記入日 年 月 日 ( )

|      |  |    |     |      |  |
|------|--|----|-----|------|--|
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 |  |
| 児童名  |  |    |     |      |  |

|                                            |              |          |  |
|--------------------------------------------|--------------|----------|--|
| アトピー・アレルギー等がありますか？                         |              | はい ・ いいえ |  |
| 「はい」とお答えの方                                 | 症状           |          |  |
|                                            | 制限する食品等      |          |  |
|                                            | 医師の診断        |          |  |
| 発達や慢性的な病気等のことで、相談している病院や施設がありますか？ (はい・いいえ) |              |          |  |
| 「はい」とお答えの方                                 | 病名・障害名       |          |  |
|                                            | 病院名・施設名      |          |  |
|                                            | 何か手帳をお持ちですか？ |          |  |
|                                            | 種類など         |          |  |
| こだわりはありますか？                                |              | はい ・ いいえ |  |
| 「はい」とお答えの方                                 | どんな時に        |          |  |
|                                            | こだわる物・場所・人など |          |  |
|                                            | 状況は          |          |  |
| 熱性けいれんをおこしたことはありますか？                       |              | はい ・ いいえ |  |
| 「はい」とお答えの方                                 | いつごろ・どんな時に   |          |  |
|                                            | 回数は          |          |  |
|                                            | 病院にかかりましたか   |          |  |
| 健康上日常生活で特に気をつけることはありますか？                   |              | はい ・ いいえ |  |
| 具体的に記入して下さい                                |              |          |  |
| 入園にあたり、発達上きになることはありますか？                    |              | はい ・ いいえ |  |
| 具体的に記入して下さい                                |              |          |  |
| その他 伝えておきたい事がありましたらご記入下さい                  |              |          |  |

# 園児健康管理表

入園日

年

月

日

記入日

年

月

日

|                    |                       |  |               |                     |            |                |  |
|--------------------|-----------------------|--|---------------|---------------------|------------|----------------|--|
| ふりがな               |                       |  |               |                     |            |                |  |
| 児童名                |                       |  |               | 男・女                 | 年 月 日生     |                |  |
| 出生時異常： 有・無         |                       |  |               | 出生時体重 g             |            |                |  |
| 心臓病                | 病名：                   |  |               | ・低出生体重児 g c m       |            |                |  |
|                    | 医療機関：                 |  |               | ・早期産 週・仮死           |            |                |  |
|                    | 検査： 有・無（ ） 手術： 有・無    |  |               | ・保育器 日・黄疸（光線療法 無・有） |            |                |  |
|                    |                       |  |               | ・出生後 日目に退院          |            |                |  |
|                    |                       |  |               | ・その他                |            |                |  |
| けいれん               | 病名：                   |  |               | 体                   | 平熱         | ・ °C           |  |
|                    | 最終発症： 年 月 日 回         |  |               | 温                   | 最高（今までで）   | ・ °C           |  |
|                    | 発作時間： 分 発作時体温： °C     |  |               | 睡眠                  | 姿勢         | うつ伏せ・仰向け・横向き   |  |
|                    | 全身性・一部のみ（ ）           |  |               |                     | 眠り         | 浅い・深い          |  |
|                    | 医療機関：                 |  |               |                     | 寝付き        | 良い・悪い          |  |
|                    | 抗けいれん薬の使用： 有・無        |  |               |                     | 呼吸         | 規則的・いびき・無呼吸    |  |
|                    | 検査： 有・無（ ） 入院： 有・無    |  |               | 排泄                  | 排便回数       | 回／ 日 苦痛：無・有    |  |
| アレルギー              | 喘息・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・嘔吐・下痢 |  |               | 性                   | 性状         | 下痢・軟便・普通・硬便・便秘 |  |
|                    | アナフィラキシーショック          |  |               | 授乳                  | 種類         | 母乳・混合・ミルク      |  |
|                    | 右 回・左 回               |  |               | 0歳                  | 吐乳         | 無・有（少・多）       |  |
|                    | 除去食（卵・牛乳・大豆）          |  |               | 飲ませ方                |            |                |  |
|                    | その他                   |  |               | 抱っこ・ラック・椅子・寝たまま     |            |                |  |
|                    | 内服（ ） 軟膏（ ）           |  |               | 指しゃぶり・おしゃぶり         |            |                |  |
|                    | 検査： 無・有（ ） 入院：無・有     |  |               | 観察項目 確認             |            |                |  |
| 肘内障                | 最終発症： 年 月 日           |  |               | 視聴覚                 | 目          | 視線が合う          |  |
|                    | 右 回・左 回               |  |               |                     |            | 追視する           |  |
|                    | 医療機関：                 |  |               |                     | 耳          | 親の呼び掛けに顔を向ける   |  |
|                    |                       |  | 話しかけるとじっと見つめる |                     |            |                |  |
| その他                | 病名：（ 歳 ヶ月時）           |  |               | 言語認識                | 手さし・指さしをする |                |  |
|                    | 医療機関：                 |  |               |                     | バイバイと手を振る  |                |  |
|                    | 検査：無・有（ ） 入院：無・有      |  |               |                     | 名前を呼ぶと手を振る |                |  |
| 家族歴： 無・有           |                       |  | 発声・喃語         |                     |            |                |  |
|                    |                       |  | 一語文・二語文       |                     |            |                |  |
| ・アレルギー ・けいれん       |                       |  | 運動発達          | 首がすわっている（3～4ヶ月）     |            |                |  |
| ・感染症               |                       |  |               | 寝返りをする（6～7ヶ月）       |            |                |  |
| ・その他               |                       |  |               | お座りをする（6～8ヶ月）       |            |                |  |
| 家族内喫煙：無・有（父・母・その他） |                       |  |               | 這い這いをする（8～9ヶ月）      |            |                |  |
|                    |                       |  | 0歳            | つかまり立ちをする（9～10ヶ月）   |            |                |  |
|                    |                       |  |               | ひとり歩きをする（13ヶ月15ヶ月）  |            |                |  |
|                    |                       |  | 筋緊張 弱・普通・強    |                     |            |                |  |

# 予防接種歴・罹患歴調査票

|    |        |      |   |   |   |
|----|--------|------|---|---|---|
| 氏名 | 男<br>女 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
|----|--------|------|---|---|---|

| 調査票記載日 | クラス名 |
|--------|------|
| 年 月 日  | 組    |
| 年 月 日  | 組    |
| 年 月 日  | 組    |
| 年 月 日  | 組    |
| 年 月 日  | 組    |
| 年 月 日  | 組    |

| 予防接種（今までに受けたワクチンの種類・回数など）<br>受けた場合は、年月日を記載してください。 |    |     |     |     |     | 罹患歴（今までにかかった病気の種類など）<br>かかった場合は、年月日を記載してください。 |    |
|---------------------------------------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----------------------------------------------|----|
|                                                   |    | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 4回目 | 罹患した年月日（登園停止日）                                |    |
| DTP－IPV 四種混合<br>(三種混合－不活性化ポリオ)                    |    |     |     |     |     | ポリオ                                           |    |
| BCG                                               |    |     | ■   | ■   | ■   | ジフテリア                                         |    |
| B型肝炎                                              |    |     |     |     | ■   | 破傷風                                           |    |
| H i b<br>(インフルエンザ菌B型)                             |    |     |     |     |     | 百日咳                                           |    |
| 肺炎球菌（7価結合型）                                       |    |     |     |     |     | 結核                                            |    |
| MR（麻疹・風疹混合）                                       |    |     |     | ■   | ■   | 麻しん                                           |    |
| みずぼうそう                                            |    |     |     | ■   | ■   | 風しん                                           |    |
| 日本脳炎                                              |    |     |     |     | ■   | みずぼうそう                                        |    |
| おたふくかぜ                                            |    |     |     | ■   | ■   | 日本脳炎                                          |    |
| ロタウイルス<br>1価は2回、5価は3回                             |    |     |     |     | ■   | H i b感染症<br>(髄膜炎、敗血症、咽頭蓋炎など)                  |    |
|                                                   |    |     |     |     |     | 肺炎球菌感染症<br>(髄膜炎、敗血症、中耳炎など)                    |    |
|                                                   |    |     |     |     |     | おたふくかぜ                                        |    |
|                                                   |    |     |     |     |     | ロタウイルス                                        |    |
|                                                   |    |     |     |     |     | B型肝炎                                          |    |
|                                                   |    |     |     |     |     |                                               |    |
| イン<br>フル<br>エン<br>ザ                               | 年度 |     |     | ■   | ■   | イン<br>フル<br>エン<br>ザ                           | 年度 |
|                                                   | 年度 |     |     | ■   | ■   |                                               | 年度 |
|                                                   | 年度 |     |     | ■   | ■   |                                               | 年度 |
|                                                   | 年度 |     |     | ■   | ■   |                                               | 年度 |
|                                                   | 年度 |     |     | ■   | ■   |                                               | 年度 |
|                                                   | 年度 |     |     | ■   | ■   |                                               | 年度 |

その他：ジフテリア、破傷風、ポリオ、麻疹、風疹等の単独接種は空欄に記入する。



## 緊急連絡票

No.

登録日 R . .

|                              |                  |              |        |
|------------------------------|------------------|--------------|--------|
|                              | ふりがな             | 性別           | 生年月日   |
| 児童名                          |                  | 男・女          | 年 月 日生 |
| 住 所                          | 立川市<br>町 丁目 番地 号 | Tel ( — — )  |        |
| 父 母 の 状 況                    |                  |              |        |
| 氏 名                          | 父 　　ふりがな         | 母 　　ふりがな     |        |
|                              |                  |              |        |
| 携 帯                          |                  |              |        |
| 連絡先                          |                  |              |        |
| 非 常 時 連 絡 先 (氏名 児童との関係 電話番号) |                  |              |        |
| 第一                           |                  | 第二           |        |
| 災害等発生時の連絡先                   |                  |              |        |
| 交通機関が使える時                    |                  |              |        |
| 迎えの人(児童との関係)                 |                  | 住所・連絡先(Tel等) | 所要時間   |
| 父母以外<br>のお迎えに<br>なる場合        | ふりがな<br>名 前      | 連絡先          | 何で来園   |
|                              | 関係               | 住所           | 時間     |
| 交通機関が使えない時                   |                  |              |        |
| 父母以外<br>のお迎えに<br>なる場合        | ふりがな<br>名 前      | 連絡先          | 何で来園   |
|                              | 関係               | 住所           | 時間     |

一時保育 ひつじっこ 面接表 0歳児

記入日 年 月 日 現在

|             |                             |                                              |  |
|-------------|-----------------------------|----------------------------------------------|--|
| ふりがな        |                             | 男・女                                          |  |
| 氏 名         |                             | 生年月日 年 月 日 ( 歳 ケ月)                           |  |
| 食事・ミルク等     | アレルギーの有無                    | 有( ) 食物アレルギーの可能性がある場合 無<br>にはお弁当を持参していただきます。 |  |
|             | 離乳食の段階                      | 初期 中期 後期 移行期 完了                              |  |
|             | 何を使って食べる                    | スプーン フォーク 手づかみ                               |  |
|             | 食事の量                        | 少ない・普通・多い 食後のミルクの補充 有無                       |  |
|             | 食事のペース                      | ゆっくり 普通(2.30分) 速い                            |  |
|             | 食事の時間                       | : 頃・ : 頃・ : 頃                                |  |
|             | 母乳又はミルク                     | 母乳 混合(母乳とミルク) ミルク                            |  |
|             | ミルクの種類                      | 会社名( )・ミルク名( )                               |  |
|             | 園のミルク 会社名ビーンスターク(すこやか・ほほえみ) |                                              |  |
|             | ※園のミルク以外のミルクをご希望の場合はご持参ください |                                              |  |
|             | 哺乳瓶の種類                      | 母乳実感・ビーンスターク・ピジョン その他( )                     |  |
|             | ミルクが欲しい時                    | 泣いて知らせる 時間で( 時間間隔で)                          |  |
|             |                             | しぐさで知らせる 口を動かす その他                           |  |
|             | ミルクの飲み方                     | 抱っこ(横抱き 縦抱き) ラック                             |  |
|             |                             | 下に寝かせて その他                                   |  |
| ゲップは出やすい    | 出やすい 出ない 出づらい(時々吐乳する しない)   |                                              |  |
| 伝えたい事・心配な事等 |                             |                                              |  |
| 睡眠等         | 昼寝の時間                       | : 頃・ : 頃・ : 頃 時間位                            |  |
|             | 寝かしつけ方                      | ベッド・布団(一人で・添い寝・その他)<br>抱っこ おんぶ その他( )        |  |
|             | 寝る時のくせ等                     | 指しゃぶり 何かを持って( )<br>何かを飲んで( )                 |  |
|             | 寝る時の姿勢                      | 仰向け・横向き・うつ伏せ・その他( )                          |  |
|             | 伝えたい事・心配な事等                 |                                              |  |
| 排泄等         | オムツについて                     | 紙オムツ 布オムツ その他                                |  |
|             | オムツの濡れ間隔                    | 早い 遅い その他( )                                 |  |
|             | 排便の時刻                       | 食後(朝 昼 晩)・決まっていない・便秘気味                       |  |
|             | 伝えたい事・心配な事等                 |                                              |  |
| その他         | 集団生活を経験した事がある<br>(保育園・託児所等) |                                              |  |
|             | 一時保育の利用理由<br>その他心配な事        |                                              |  |

|                  |  |
|------------------|--|
| 園<br>記<br>入<br>欄 |  |
|------------------|--|

一時保育 ひつじっこ 面接表 1～5歳児

記入日 年 月 日 現在

|      |                 |                                               |  |
|------|-----------------|-----------------------------------------------|--|
| ふりがな |                 | 男・女                                           |  |
| 氏 名  |                 | 生年月日 年 月 日 ( 歳 ヶ月)                            |  |
| 食事等  | アレルギーの有無        | 有 ( ) 食物アレルギーの可能性がある場合 無<br>にはお弁当を持参していただきます。 |  |
|      | 朝食を摂っている        | 時々 毎食 摂らない その他                                |  |
|      | 何を使って食べる        | スプーン フォーク 箸 手づかみ                              |  |
|      | 食事の量            | 少ない 普通 多い                                     |  |
|      | 食事のペース          | ゆっくり 普通 (2. 30分) 速い                           |  |
|      | 間食 (おやつ) を摂る    | 有 (主な物 ) 無                                    |  |
|      | 利き手は            | 右 左 わからない                                     |  |
|      | 好き嫌い            | 特に嫌い ( ) 特に好き ( )                             |  |
|      | 伝えたい事           |                                               |  |
| 午睡等  | 昼寝をしているか        | 有 ( : ~ : 頃) 無                                |  |
|      | どのように寝かしつけているか  | 抱っこ おんぶ 添い寝 一人で その他                           |  |
|      | 寝る時のくせ          | 指しゃぶり・何かを持って ( ) 何かを飲んで ( )                   |  |
|      | 伝えたい事・心配な事等     |                                               |  |
| 排泄等  | おむつの有無          | 紙おむつ・日中パンツで午睡中紙パンツ・一日パンツ                      |  |
|      | 排尿について          | トイレで出る・座るが出ない・トイレに行かない                        |  |
|      | 排便の時刻           | 食後 (朝 昼 晩・決まっていない・便秘気味                        |  |
|      | 伝えたい事・心配な事等     |                                               |  |
| 言語等  | 意思を伝えられるか       | 伝えられる・少し伝えられる ( ) ・伝えられない                     |  |
|      | 言語で心配な事         |                                               |  |
|      | 伝えたい事           |                                               |  |
| 生活等  | 集団生活を経験したことがあるか | 有 ・ 無                                         |  |
|      | (保育園・託児所など)     | 保育園 ( ) その他 ( )                               |  |
|      | 好きな遊び           | 外遊び ( ) 室内 ( )                                |  |
|      | 家族から見た子どもの姿     |                                               |  |
|      | 伝えたい事・心配な事等     |                                               |  |
| その他  | 一時保育の利用理由       |                                               |  |
|      | その他心配な事         |                                               |  |

|                  |  |
|------------------|--|
| 園<br>記<br>入<br>欄 |  |
|------------------|--|

# 一時保育 ひつじこ 予約申込書

## R 年 月 分

ふりがな  
お子様のお名前

生年月日 H . . 生

連絡先

(予約結果をお知らせする為、必ず連絡がとれるようにして下さい)

| 日 | 月      | 火      | 水      | 木      | 金      | 土 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|---|
|   | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 |   |
|   | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 |   |
|   | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 |   |
|   | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 |   |
|   | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 |   |
|   | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 | 保育希望時間 |   |

その他伝えたい事があれば、記入してください。

カレンダーに日にち、祭日を入れ、予約希望日に○印をつけ、下に希望時間を記入してください。

又、キャンセル待ちは、△印をつけ、下に希望時間を記入してください。

予約は、週2日まで。3回目はキャンセル待ちとなります。

予約確定は、前月の月初めに電話連絡となります。 例 5月分は、4月1日に連絡

不明な点は、お尋ねください。



# 記入例

## 一時保育 ひつじこ 予約申込書

H 28 年 5 月 分

ふりがな にしすな はなこ

お子様のお名前 西砂 花子

生年月日 H 26・4・25生

連絡先 042-531-0514

(予約結果をお知らせする為、必ず連絡がとれるようにして下さい)

| 日  | 月                                          | 火                                          | 水                                          | 木                                          | 金                                          | 土  |
|----|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----|
| 1  | 2<br>保育希望時間                                | 3<br>保育希望時間                                | 4<br>保育希望時間                                | 5<br>保育希望時間                                | 6 <u>△</u><br>保育希望時間<br><u>9:30~14:30</u>  | 7  |
| 8  | 9 <u>○</u><br>保育希望時間<br><u>9:30~14:30</u>  | 10 <u>△</u><br>保育希望時間<br><u>9:30~14:30</u> | 11<br>保育希望時間                               | 12<br>保育希望時間                               | 13 <u>○</u><br>保育希望時間<br><u>9:30~14:30</u> | 14 |
| 15 | 16<br>保育希望時間                               | 17 <u>○</u><br>保育希望時間<br><u>9:30~14:30</u> | 18 <u>△</u><br>保育希望時間<br><u>9:30~14:30</u> | 19 <u>○</u><br>保育希望時間<br><u>9:30~16:30</u> | 20<br>保育希望時間                               | 21 |
| 22 | 23 <u>○</u><br>保育希望時間<br><u>9:30~16:30</u> | 24<br>保育希望時間                               | 25<br>保育希望時間                               | 26<br>保育希望時間                               | 27 <u>△</u><br>保育希望時間<br><u>9:30~16:30</u> | 28 |
| 29 | 30 <u>○</u><br>保育希望時間<br><u>9:30~16:30</u> | 31<br>保育希望時間                               | 保育希望時間                                     | 保育希望時間                                     | 保育希望時間                                     |    |
|    | 保育希望時間                                     | 保育希望時間                                     | 保育希望時間                                     | 保育希望時間                                     | 保育希望時間                                     |    |

その他伝えたい事があれば、記入してください。

カレンダーに日にち、祭日を入れ、予約希望日に○印をつけ、下に希望時間を記入してください。

又、キャンセル待ちは、△印をつけ、下に希望時間を記入してください。

予約は、週2日まで。3回目はキャンセル待ちとなります。

予約確定は、前月の月初めに電話連絡となります。 例 5月分は、4月1日に連絡

不明な点は、お尋ねください。

## 持ち物の確認

預ける時間やお子さんの状況により変わりますが、めやすとして表にしました。

|                      | 2、5時間 | 5時間  | 5～8時間 | その他         |
|----------------------|-------|------|-------|-------------|
| 着替え上下<br>(肌着、スタイも含む) | 各2組   | 各3組  | 各5～6組 |             |
| 食事用エプロン              | 1枚    | 1枚   | 2枚    | 授乳児は必要無     |
| おむつ                  | 2～3枚  | 3～4枚 | 5～6枚  |             |
| お尻拭き                 | 1セット  | 1セット | 1セット  |             |
| おむつ袋                 | 数枚    | 数枚   | 数枚    |             |
| 汚れ物袋                 | 2つ    | 2つ   | 2つ    | 着替えた洋服を入れます |
| バスタオル                | 1枚    | 1枚   | 1枚    |             |
| 帽子(ゴム付)              | 1つ    | 1つ   | 1つ    | 頭の保護・UVの為   |
| 靴下                   | 1足    | 1足   | 1足    |             |
| 運動靴                  | 1足    | 1足   | 1足    | ビニール袋に入れて   |
|                      |       |      |       |             |
|                      |       |      |       |             |

持ち物全てに名前を記入してください(特におむつは1枚ずつ)