

一時保育 **バンビのおうち**

登録利用申請書

令和 年 月 日

至誠保育園 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 氏名		男・女	生年月日 令和 . . (歳)
家族構成(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	子育て応援型(1) 育児疲れのリフレッシュ		子育て応援型(2) 親の保育学習として	
	保育体験型 入園前の保育体験として		非定型型 自由な利用()	
	特定保育型 仕事・職業訓練・通学等 月64時間以上継続的なもの		緊急一時型 保護者の傷病・出産・介護等 緊急性のあるもの	
主な 利用希望時間	①標準コース 午前 時 分 ~ 午後 時 分まで			
	②1日コース 午前 時 分 ~ 時 分まで			
主な利用曜日	月 火 水 木 金			

至誠保育園

児童状況表

記入日： 年 月 日

児童名	ふりがな	生年 月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)	ここに親子の写真を 貼って下さい
	男・女			
住所	〒 () TEL: ()			
保護者 氏名	父	緊急 連絡先	父	
	母		母	
送迎方法			所要時間	
申請理由	育児疲れのリフレッシュ		親の子育て学習として	バンビのおうちを なにて知ったか?
	入園前の保育体験として		非定形型(自由な利用)	今後の
	月64時間以上継続的な仕事・通学等		緊急一時保育型	利用予定

1. 家庭での様子

家族	愛称	今までの生活							メモ	
食事	食事の段階(母乳・混合・粉乳・離乳食前期・中期・後期・完了食・幼児食さざみ・幼児食・その他)									
	時間	:	:	:	:	:	:	:		
	食事・おやつ									
	ミルク	cc	cc	cc	cc	cc	cc	cc		
	母乳									
	食欲	ある・普通・ムラがある・その他			授乳・食事時のくせ					
	食べ方	親が全て食べさせる・自分でも食べながら介助必要・ひとりで食べる・その他								
食具	手づかみ・スプーン・フォーク・はし			コップ	ひとりで飲める・親が手を添えて飲む・経験がない					
偏食	無・有	苦手なもの			好きなもの					
除去食	除去しているもの			摂取した時に起こる症状						
睡眠	起床	午前寝	昼寝	就寝	寝つき	良・悪	寝起き	良・悪	眠り	深い・普通・浅い
	:	~	~	:	寝方	添い寝・抱っこ・おんぶ・一人・その他				
	:	~	~	:	入眠時のくせ					
排泄	日中	紙おむつ・布おむつ・パンツ				睡眠時	紙おむつ・布おむつ・パンツ			
	小便	教える・時々教える・出たら教える・教えない				自分でふける・少々ふける・ふけない				
	大便	教える・時々教える・出たら教える・教えない				自分でふける・少々ふける・ふけない				
	尿意・便意を教えるときのくせ									
清潔	手洗い	自分で洗う・手を添えて洗う・経験がない				歯磨き	自分で磨く・手を添えて磨く・経験がない			
着脱	自分で着る・出来る所まで着る・親が着せている・その他									
運動	転びやすい・不器用・運動恐怖 その他									
言語	はっきり言える・言えない・二語文・一語文・言葉を理解して行動する					話す言葉				
遊び	一人でも遊ぶ・兄弟と遊ぶ・大人を求める・人見知りをする					友達	同年齢・年上・年下			
	好きな遊び・おもちゃ									
性格					くせ					

2. 保健

本人の平熱	℃	特記事項							
在胎週数 出生場所・病院	週 日 ()	分娩所要時間 時間 分	経膈分娩・帝王切開・() 分娩時の異常：なし・有()						
出生時の 体重・身長	g cm	新生児聴力検査 正常・異常	首すわり はいはい 歩行開始	ヶ月 ヶ月 ヶ月	寝返り ひとり座り 初歯 ヶ月				
今 ま で に か か っ た 病 気		0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	接種済のワクチン (「済」を記入)	Hib ワクチン・肺炎球菌	
	水痘							四種混合	
	おたふく							はしか風疹混合ワクチン	
	百日咳							BCG	
	肺炎							日本脳炎	
	中耳炎							インフルエンザ	
	脱臼							水痘	
	はしか							おたふく	
	風疹							その他 ()	
	喘息	発症時期	具体的な症状		現在の治療状況			かかりつけの医療機関	
アトピー	発症時期	具体的な症状		現在の治療状況		かかりつけの医療機関			
アレルギー	発症時期	具体的な症状		現在の治療状況		かかりつけの医療機関			
熱性痙攣	発症時期	具体的な症状		現在の治療状況		かかりつけの医療機関			
無熱性痙攣	発症時期	具体的な症状		現在の治療状況		かかりつけの医療機関			
その他									
おこしやすい 病気・体質	咳・鼻汁・ゼイゼイしやすい・便秘・下痢・嘔吐・じんましん・かぶれやすい・その他								
メモ	家族の健康状態 父：特になし・あり() 母：特になし・あり() 兄弟姉妹								

災害が発生した場合、または警戒警報が発令された場合お子様のお迎えをお願いいたします。その際、事故防止の為、あらかじめ届け出された方にのみお引渡し致しますのでご了承ください。災害時を想定し、父母意外は速やかにお迎えできる方にご依頼の上、記入してください。また、その方の氏名・連絡先等常時控えておかれることをおすすめ致します。変更が生じた場合は、随時保育園にお届け下さい。

避難場所…第1：園庭・第2：立川市陸上競技場

平成 . . .

引取り人氏名		続柄	連絡先・TEL	所要時間	園記入欄	
第一 (母)					X	/
第二 (父)						(災・訓)
第三				時間		
第四				引取り人		
第五				引渡し人		

至誠保育園

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、下記の間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. 食品、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。

s 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ください。

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。

至誠保育園