

一時預かり申込書

(あて先)		保育園施設長殿		令和 年 月 日	
保護者	現住所	〒□□□□-□□□□□			
	フリガナ		電話	自宅	
	氏 名			携帯(母)	
				携帯(父)	
一時預かりについて、下記事項に同意の上、次のとおり申し込みます。 (1) 決定時に、世帯情報(住所、電話番号等)や申込み児童の状況を情報提供すること。 (2) 当保育園の保育内容を納得したうえで申込みをしていること。 (3) 申し込みの記載内容が事実と異なる場合は、申込み承諾を取り消すことがあること。					
① 利用 希望 児童	フリガナ	続柄	性別	生年月日	年齢 (4月1日現在の年齢)
	氏 名				
			男 ・ 女	年 月 日	歳
② 利用 希望 児童	フリガナ	続柄	性別	生年月日	年齢 (4月1日現在の年齢)
	氏 名				
			男 ・ 女	年 月 日	歳
一時預かりを 希望する日時		令和 年 月 日 ()			時間
(月曜～金曜の午前9時00分～ 午後5時00分の範囲で記入)		午前 午後	時 分 ~ 時 分	午前 午後	時 分
上記 以外 の 同居 世帯 員	氏 名	続柄	性別	生年月日	職業 (児童は保育園・幼稚園名等)
		父	男	: :	
		母	女	: :	
				: :	
				: :	
				: :	
緊急時連絡先 電話番号	父		母		その他(続柄)
					()

大きな災害時・保護者に異常事態が起きたときのひきとり人

氏名(ふりがな)	続柄	住所	電話番号
氏名(ふりがな)	続柄	住所	電話番号

かかりつけの病院	住所	電話番号
かかりつけの病院	住所	電話番号
かかりつけの病院	住所	電話番号

保険証・乳児医療証を貼付してください。

申込児童の状況(該当する箇所に○印又は記入をしてください。)

● 発達について

- | | | | |
|---------------------|----------|--------------------------|----------|
| 1. 心身ともに順調に発達している | (いいえ・はい) | 9. 自閉的傾向があるように思われる | (いいえ・はい) |
| 2. 首のすわり | か月ころ | 10. 情緒不安定と思われる | (いいえ・はい) |
| 3. 歩行開始 | 才 か月ころ | 11. 医療機関等に通院又は相談している(いた) | (いいえ・はい) |
| 4. 知的発達の遅れがあると思われる | (いいえ・はい) | 医療機関等の名称 | |
| 5. 言葉が遅れているように思われる | (いいえ・はい) | 傷病名等 | |
| 6. 目がよく見えないように思われる | (いいえ・はい) | 通院又は通所(週・月) | 回 |
| 7. 耳がよく聞こえないように思われる | (いいえ・はい) | 12. 障害者手帳・愛の手帳を持っている | (いいえ・はい) |
| 8. 肢体不自由と思われる | (いいえ・はい) | 障害名 | |
| | | 障害等級 | 級・度 |

● 健康状態について

1. 平熱 (°C)
2. アレルギーがある (いいえ・はい)
- ()アトピー性皮膚炎 服薬(ある・ない) 塗布薬(ある・ない)
- ()ぜんそく 服薬(ある・ない)
- ()食べ物(卵・牛乳・そば・大豆・小麦・その他())
- ()その他()
3. けいれん発作を起こしたことがある(いいえ・はい)
- ()熱性けいれん(才ころ・ 回)最終年月日()
- 服薬(ある・ない) 坐薬(ある・ない)
- ()てんかん(才ころ・ 回)最終年月日()
- 服薬(ある・ない) 坐薬(ある・ない)
- ()その他()
4. 関節がはずれたことがある (いいえ・はい)(部位)
5. 継続して飲んでいる薬がある (いいえ・はい)(病名)

● 検診のときに相談したことや指摘された内容やその他気になる点がありましたら具体的に記入してください。