

年 月 日

一時預かり及び特定保育  
裁判員制度一時預かり  
申請書

立川市長 殿

現住所

市 町 丁目 番 号

フリガナ  
保護者氏名  
電話番号

一時預かり及び特定保育・裁判員制度一時預かりについて、次のとおり申請します。

|                  |                            | <small>フリガナ</small><br>氏 名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 |
|------------------|----------------------------|----------------------------|----|----|------|
| 家<br>族<br>構<br>成 | 保<br>育<br>申<br>請<br>児<br>童 |                            |    |    |      |
|                  |                            |                            |    |    |      |
|                  |                            |                            |    |    |      |
|                  |                            |                            |    |    |      |
|                  | そ<br>の<br>他<br>の<br>家<br>族 |                            |    |    |      |
|                  |                            |                            |    |    |      |
|                  |                            |                            |    |    |      |
|                  |                            |                            |    |    |      |
|                  |                            |                            |    |    |      |
|                  |                            |                            |    |    |      |

保育期間中の連絡先

|    |  |
|----|--|
| 氏名 |  |
| 電話 |  |

主に児童を送迎する者

|    |  |
|----|--|
| 氏名 |  |
| 続柄 |  |

秘

## 児童票

上砂保育園

No.

記載日 令和 . .

|     |       |          |      |
|-----|-------|----------|------|
| 児童名 | ふりがな  | 生年月日     | 年令   |
|     | (男・女) | 令和 年 月 日 | 才 ヶ月 |

## &lt;親子写真 添付&gt;

送迎するご家族が映っている写真を添付してください。

|     |    |
|-----|----|
| 現住所 | 〒  |
|     | 電話 |

|      |          |    |      |
|------|----------|----|------|
| 同居家族 | 氏名(ふりがな) | 続柄 | 生年月日 |
|      |          |    |      |
|      |          |    |      |
|      |          |    |      |
|      |          |    |      |

## 緊急連絡先

- ① (続柄)
- ② (続柄)

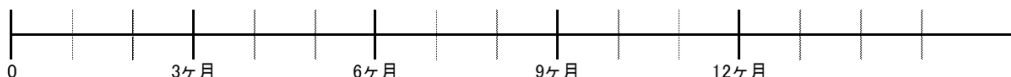
|      |                                                  |
|------|--------------------------------------------------|
| 生活状況 | 生活・あそびの面で気になることや配慮してほしいこと、伝えたいことなどありましたら、お書き下さい。 |
|      | 食物アレルギー    なし    ・    あり ( )                     |
|      | その他、食事で気になっていること等がありましたら具体的にお書き下さい。              |
|      | 食物以外のアレルギー    なし    ・    あり ( )                  |
|      | 保育上配慮が必要なこと    なし    ・    あり                     |
|      | 熱性けいれん ・ 肘や肩がはずれやすい ・ 難聴 ・ 眼鏡使用 ・ その他 ( )        |

## 保育園記入欄

・現在の食事状況 : ミルク( 持参 ) ・ 離乳食 ( AM / PM ) ・ 普通食 ・ お弁当

・ベッド利用

・発育の状況



面接担当者名 ( )

秘

## 緊急連絡表

NO.

|               |                                             |         |        |
|---------------|---------------------------------------------|---------|--------|
|               | ふりがな                                        | 性別      | 生年月日   |
| 児童名           |                                             |         | 年 月 日生 |
| 住所            | 立川市                                         | Tel ( ) |        |
|               | 町                                           | 丁目      | 番地 号   |
| 父 母 の 状 況     |                                             |         |        |
| 氏名            | 父                                           | 母       |        |
| 携帯            |                                             |         |        |
| 勤務先名<br>住所    |                                             |         |        |
| 非 常 時 連 絡 先   |                                             |         |        |
| (第一)          |                                             | (第二)    |        |
| 警 戒 宣 言 連 絡 先 |                                             |         |        |
| 警戒宣言<br>対策    | 警戒宣言(交通機関が使えることを前提とする・代理人を含む)               |         |        |
|               | 迎えの人(児童との関係)                                | 住所・電話   | 所要時間   |
|               |                                             |         |        |
|               | 大規模地震(交通機関が使えないことを前提とし、独力で保育園までこられる・代理人を含む) |         |        |
|               | 迎えの人(児童との関係)                                | 住所・電話   | 所要時間   |
|               |                                             |         |        |

|    |      |              |
|----|------|--------------|
| 名前 | ふりがな | 生年月日: 年 月 日生 |
|    |      | 歳 ヶ月         |

①離乳食開始について(\*まだ離乳食が終わってない方のみご記入下さい)

始めている ・ 始めている ヶ月から \*今まで預けていたところがありますか  
ある( ) ない

②母乳・ミルクについて(\*まだ飲んでいる方のみご記入下さい)

|              |                                                             |
|--------------|-------------------------------------------------------------|
| ・乳の種類        | A 育児用ミルク メーカー( ) B 母乳 C 混合                                  |
| ・1回の分量       | 育児用ミルク( )ml ・ 授乳時間( )分                                      |
| ・離乳食後のミルクの分量 | 育児用ミルク( )ml ・ 授乳時間( )分                                      |
| ・授乳時間        | 4 ・ 6 ・ 8 ・ 10 ・ 12 ・ 14 ・ 16 ・ 18 ・ 20 ・ 22 ・ 24 ・ 2 ・ (時) |

・今までに粉ミルクを2回以上飲んだことがありますか ( はい ・ いいえ )

・哺乳瓶に慣れていますか (はい ・ いいえ)

いいえの場合、哺乳瓶以外でミルクを飲めるものがあれば○をしてください。

( コップ ・ マグマグ ・ スプーン ・ ストロー ・ その他 )

・普段使用している哺乳瓶の種類 ( ピジョンスリムタイプ ・ ピジョン母乳実感 ・その他 )

・保育園では森永「はぐくみ」を用意しております。

・違う種類の粉ミルクの使用を希望される場合はご持参も可能です。

(はぐくみを使用 ・他種類の粉ミルクを持参、商品名: )

③現在の食事について(食べたことのある物に○をつけてください)

|       |                                                 |
|-------|-------------------------------------------------|
| 穀類    | ごはん パン うどん マカロニ スパゲティ その他( )                    |
| たんぱく質 | しらす 白身魚 鮭 さば えび かに いか その他の魚( )                  |
|       | 卵黄 全卵                                           |
|       | 鶏肉 豚肉 牛肉                                        |
|       | 牛乳 チーズ ヨーグルト                                    |
|       | 豆腐 油揚げ 納豆 その他( )                                |
| 果物類   | りんご みかん・オレンジ類 ぶどう パナナ いちご 桃 パナナ パイン すいか メロン 柿 梨 |
| その他   | ごま                                              |
| 形態    | ポタージュ状 すりつぶし みじん あらみじん やわらか煮                    |

④離乳食及び食事は何時に食べていますか

1回目 ( )時 2回目 ( )時 3回目 ( )時

⑤コップを使用していますか

はい ・ いいえ

いいえの場合、何を使って水分摂取をしていますか

(哺乳瓶 ・ ストロー ・ マグマグ ・ スプーン ・ その他 )

⑥食べるとじんま疹や下痢、その他のアレルギー症状を起こす食物がありますか

なし ・ あり

ありの場合(内容: )

⑦家族に食物アレルギーがある方はいますか

いない ・ いる

いる場合 (誰が何のアレルギーですか: )

⑧歯が生えていますか

いない ・ いる (上 本、下 本)

⑨その他、食事について伝えておきたいことがあればご記入ください

( )

## 問診表

## (一時保育用)

ふりがな  
名前 ( )  
20 年 月 日生 歳 ヶ月 男・女

次の項目にくわしくご記入ください

|                                                             |              |
|-------------------------------------------------------------|--------------|
| 1. 心臓病、腎臓病、その他、大きな病気をしたことがありますか<br>(病名: )                   | はい・いいえ       |
| 現在治療、または経過を観察するために受診されていますか<br>(最近の受診日 年 月 日 / 次回受診日 年 月 日) | はい・いいえ       |
| ⇒ 保育園に伝えておきたいこと、知っていてほしいことがあればご記入ください<br>( )                | この病気のかかりつけ病院 |

|                                                |                         |
|------------------------------------------------|-------------------------|
| 2. ひきつけ、けいれんをおこしたことがありますか<br>(いつ )<br>(どんなとき ) | はい・いいえ                  |
| ⇒ その時検査を受けましたか                                 | はい・いいえ (検査 年 月 日 )      |
| ⇒ 現在は定期的に受診されていますか                             | はい・いいえ (次回受診日 年 月 日 )   |
| ⇒ ひきつけ、けいれんの薬の指示はありますか                         | はい・いいえ (薬名 )<br>(どんな時 ) |

|                                                                      |        |
|----------------------------------------------------------------------|--------|
| 3. アレルギー体質といわれたことがありますか<br>食物アレルギー(食品 )・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・喘息・その他( ) | はい・いいえ |
| ⇒ アレルギーについて保育園で気を付けることがありますか<br>( )                                  |        |

|                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------|--|
| 4. 家族の方で、病気の方はいますか(アレルギー、心臓病、肝炎、てんかんなどを含む)<br>いない・いる (続柄 病名 ) |  |
|---------------------------------------------------------------|--|

|                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|
| 5. おこしやすい病気、症状はありますか<br>下痢・便秘・嘔吐・咳・鼻汁・ゼイゼイしやすい・喘息・じんましん・かぶれやすい<br>その他( ) |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 6. 母子手帳を参考にして、ご記入ください |  |
|-----------------------|--|

| 在胎週数    | 妊娠週日        | 出生時計測値        | 体重身長 | g cm            | 分娩時特記               | なし・あり<br>( ) | 平熱<br>℃ | 普段のかかりつけ病院     |               |                     |      |
|---------|-------------|---------------|------|-----------------|---------------------|--------------|---------|----------------|---------------|---------------------|------|
| 既往歴     | 麻疹<br>(はしか) | 水痘<br>(水ぼうそう) | 百日咳  | 風疹              | 流行性耳下腺炎<br>(おたふくかぜ) | 中耳炎          | 脱臼      | 川崎病            | 肝炎            |                     |      |
|         | 歳           | 歳             | 歳    | 歳               | 歳                   | 歳            | 歳       | 歳              | 歳             |                     |      |
| 予防接種年月日 | B型肝炎        | ロタウイルス        | 肺炎球菌 | Hib<br>(ヒブワクチン) | 四種混合                | 五種混合         | BCG     | MR<br>(はしか・風疹) | 水痘<br>(水ぼうそう) | 流行性耳下腺炎<br>(おたふくかぜ) | 日本脳炎 |
|         |             |               |      |                 |                     |              |         |                |               |                     |      |
|         |             |               |      |                 |                     |              |         |                |               |                     |      |
|         |             |               |      |                 |                     |              |         |                |               |                     |      |
|         |             |               |      |                 |                     |              |         |                |               |                     |      |

備考欄

年 月 日

面接担当者 ( )