

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

保護者^{フリガナ}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。

		フリガナ 氏 名	性別	続柄	生年月日
家 族 構 成	保 育 申 請 児 童				
	そ の 他 の 家 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	



児童票

上砂保育園

No.

児 童 名	ふりがな	生年月日	年令
	(男・女)		

健康保険証		かかりつけの医療機関・電話番号
保険本人名		
保険者番号		
記号・番号		

現住所	〒
	電話

同居家族	氏名	続柄	生年月日	緊急連絡先	
				①	
				②	
				平熱	アレルギーの有無 無 ・ 有 ()

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。
	食事で気になっていること(アレルギー・その他)などがありましたら具体的にお書き下さい。

保育園記入欄	面接担当者名

＜親子写真 添付＞
送迎するご家族が映っている写真を添付してください。

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 住所					
	非 常 時 連 絡 先				
(第一)	(第二)				
	警 戒 宣 言 連 絡 先				
警戒宣言 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		

(記入日 年 月 日)

食事調査表

立川市立 保育園

名前	ふりがな	生年月日: 年 月 日生
		男・女 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)

始めていない ・ 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(*まだ飲んでいられ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 バナナ いちご 桃 バナナ 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)

ナマエ

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	はい ・ いいえ
(病名:)	
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	はい ・ いいえ
(最近の受診日 年 月 日 / 次回受診日 年 月 日)	この病気のかかりつけ病院
⇒ 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	
()	

2. ひきつけ、けいれんをおこしたことがありますか	はい ・ いいえ
(いつ)	
(どんとき)	
⇒ 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)
(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	はい ・ いいえ
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 (	
⇒ 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	
()	

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)	
いない ・ いる (続柄 病名)	

5. 保育上配慮が必要なことはありますか	はい ・ いいえ
肘・肩がはずれやすい / 難聴 / 眼鏡使用 / その他 (	

6. おこしやすい病気、症状はありますか	
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	
その他 (	

7. 母子手帳を参考にして、ご記入ください

出産	自然 ・ 帝王切開 ・ 吸引 鉗子 ・ 早産 (週)	出生時 計測値	体重 胸囲	g cm	身長 頭囲	cm cm	平熱 ℃	普段のかかりつけ病院			
授乳法	母乳 ・ 混合 ・ 人工乳	離乳食	(開始 月 / 終了 月)	歳	か月						
既往歴 (今までにかかった病 気)	麻疹 (はしか) 歳	水痘 (水ぼうそう) 歳	百日咳 歳	風疹 歳	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 歳	中耳炎 歳	脱臼 歳	川崎病 歳	肝炎 歳		
予防 接種 年 月 日	B型肝炎	ロタウイルス	肺炎球菌	Hib (ヒブワクチン)	四種混合	五種混合	BCG	MR (はしか・風疹)	水痘 (水ぼうそう)	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	日本脳炎

備考欄

年 月 日

面接担当者 ()