

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	

秘

児童票

上砂保育園

No.

児童名	ふりがな	生年月日	年齢	<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。	
	(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	

秘

緊急連絡表

NO.

	ふりがな	性別	生年月日
児童名			平成 令和 年 月 日生
住所	立川市 町 丁目 番地 号	Tel ()	
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

食事調査表 一時保育

立川市立 上砂保育園

記入日	年 月 日	名前 ふりがな	男・女	生年月日: 年 月 日生
	何ヶ月			

①離乳食開始について

始めていない・始めている 何ヶ月から

②母乳・ミルクについて

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

・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:

・母乳の方への質問です。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)

③現在の食事について(食べている物に○をつけてください)

米・小麦類	米 パン うどん マカロニ スパゲティ
卵	卵黄 全卵
肉類	豚ひき肉 鶏ひき肉 挽いてない肉 レバー ハム ソーセージ
魚介類	しらす干し 白身魚 青背魚 えび かに いか 魚卵
乳製品	粉ミルク 調理牛乳 飲用牛乳 チーズ ヨーグルト
豆製品	豆腐 みそ しょうゆ その他(
種実類	ごま
果物	かんきつ類 りんご 桃(桃缶) ぶどう いちご メロン すいか 梨 その他(
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、何で水分摂取ができますか(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、またはアレルギー体質の方はいますか

いない・いる

いる場合(誰がどのような症状ですか:)

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)

名前 (^{ナマエ})

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)
 (どんなとき)
 ⇒ 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・かぶれやすい
 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	身長 cm 頭囲	平熱 ℃	普段のかかりつけ病院				
	母乳・混合・人工乳		離乳食	(開始 月 / 終了 月)							
既往歴 (今までにかかった病気)	麻疹(はしか)	水痘(水ぼうそう)	百日咳	風疹	流行性耳下腺炎(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 (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 ()