

年 月 日

一時保育(一時預かり)利用申込書

【保護者】

住 所

氏 名

印

電話番号

緊急時連絡先

ふりがな 園児名		男・女
生年月日	年 月 日	歳
利用希望期間	<b>【利用希望月】</b> 月 <b>【利用希望日】</b> 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日	
利用時間	時 分 ~ 午後 時 分	
一時保育を希望する具 体的な理由		

家族の状況				
氏 名	続 柄	生年月日	性 別	職業及び勤務先Tel
	父	・ ・	男	
	母	・ ・	女	
		・ ・	男・女	
		・ ・	男・女	
		・ ・	男・女	
		・ ・	男・女	

\* 初回の方は裏面の調査票についてもご記入願います。

【お子様についての調査票】

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（物質名と症状： _____）	
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
その他の健康状態	現在、通院・経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____） 常用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____） 既往歴など留意してほしいこと <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____）	
食事	段階	<input type="checkbox"/> ミルク（メーカー： _____）・母乳 1回の量（ _____ ml）・間隔（ _____ 時間おき） <input type="checkbox"/> 離乳食（1回・2回・3回） <input type="checkbox"/> 普通食
	ごはんの硬さ	<input type="checkbox"/> 10倍がゆ <input type="checkbox"/> 7倍がゆ <input type="checkbox"/> 5倍がゆ <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> ご飯
	食べ方 その他留意事項	<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸（右・左） <input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 食べムラがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅め <input type="checkbox"/> その他（ _____）
	水分補給に使用しているもの	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> ストローマグ <input type="checkbox"/> コップ
	麦茶は飲めますか？	<input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 飲めない
排泄	オムツ/パンツ	<input type="checkbox"/> オムツ着用 <input type="checkbox"/> パンツ着用
	トイレ	<input type="checkbox"/> 自分で伝えられる <input type="checkbox"/> 自分で伝えられない
睡眠	睡眠サイクル	起床： _____ 時 就寝： _____ 時
	午睡の有無	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する（ _____ 時～ _____ 時）
	寝つき等	<input type="checkbox"/> すぐに寝る <input type="checkbox"/> 眠るまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅く途中で起きてしまう <input type="checkbox"/> 眠ることを嫌がる
	ご家庭での午睡時の誘導方法	(例)抱っこでゆらゆら、添い寝でトントン、好きなタオルを持つ等
体質	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ言う <input type="checkbox"/> 咳が出やすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 肌が弱い <input type="checkbox"/> じんましんが出やすい <input type="checkbox"/> 肘が抜けやすい <input type="checkbox"/> その他（ _____）	
対人	<input type="checkbox"/> 人見知りしない <input type="checkbox"/> 人見知りする	
	◎お家で泣いた際の対応を教えてください	
好きな遊び		
その他	◎利用するに当たって、心配なこと・伝えておきたいことがあれば教えてください	