

一時保育登録申込書（新規・継続）

社会福祉法人多摩養育園
光明第一保育園園長 殿

保護者

住所

氏名

印

電話

光明第一保育園の一時保育を利用するため、登録をいたします。

児童氏名	性別	生年月日	年齢
	男・女	年 月 日生	歳 か月
	男・女	年 月 日生	歳 か月
	男・女	年 月 日生	歳 か月
申請事由	申込理由（該当する□にレをつけてください。） <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 保護者の疾病（病気） <input type="checkbox"/> 兄弟の学校行事 <input type="checkbox"/> 保護者の出産 <input type="checkbox"/> 体験保育 <input type="checkbox"/> 看護及び介護 <input type="checkbox"/> 保護者のリフレッシュ <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 保護者の失踪 <input type="checkbox"/> その他 ()		

園児状況表 (一時・定期保育)

園長	主任

児童名 (ふりがな)	性別	生年月日	年齢
	男・女	平成・令和 年 月 日生	歳 か月
集団保育の経験	あり ・ なし		
食事について	偏食 : あり ・ なし 牛乳 : あり ・ なし ヨーグルト : あり ・ なし チーズ : あり ・ なし 魚介 : あり ・ なし 食事の形態 : 幼児食 ・ 離乳食 () 食事 : 一人で食べられる ・ 食べさせてもらって食べる		
排泄・午睡について	オムツ使用 : あり ・ なし 午睡習慣 : あり ・ なし 午睡時間 : 午前 ・ 午後 (時から 時)		
言語	言葉 : 話せる ・ 話せない 大人の言うことが分かりますか : はい ・ いいえ 自分の意志が伝えられますか : はい ・ いいえ		
既往歴	熱性痙攣 : あり ・ なし [初回 : 年 月 日 どんな状況で : 最後に起きたのはいつ : 年 月 日 発熱 度 以上で に連絡 脱臼 : あり ・ なし [初回 : 年 月 日 どんな状況で : 部位 : 最後に脱臼したのはいつ : 年 月 日 アレルギー : あり ・ なし アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ 花粉症 ・ 結膜炎 食物アレルギー・薬物アレルギー・その他 () 原因 : 卵 ・ 牛乳 ・ 大豆 ・ 小麦 ・ ダニ ハウスダスト ・ その他 () 除去食 : なし ・ あり () その他の大きな病気や怪我 : あり ・ なし []		
心配・気がかりなこと			
くせや伝えておきたいこと (食事・午睡など)			
所見 (※園記入)			
一時保育の事を何で知りましたか ()			

面接日 令和 年 月 日 面接者 ()

自宅附近及び通園略図

かかりつけ医院名

名称	電話
----	----

健康保険証

種類
 国民保健 ・ 組合保険 ・ 共済保険 ・ 政府管掌 ・ その他 ()

名称・番号	<記号>	<番号>
-------	------	------

予防接種 ・ 感染症の記録

種別	区分	実施年月日	種別	予防接種	罹患日
結核	B C G	・ ・	MR { 麻疹 (はしか) 風疹 (三日ばしか)	・ ・	・ ・
急性灰白髄炎 (ポリオ)	1回目	・ ・		水痘 (水ぼうそう)	・ ・
	2回目	・ ・	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	・ ・	・ ・
三種混合 { 百日咳 ジフテリア 破傷風	1期	・ ・	その他の記録		
	追加	・ ・			
日本脳炎	初回	・ ・			
	追加	・ ・			

緊急連絡先

No.	氏名	続柄	住所	電話番号
1				
2				
3				