

令和 年 月 日

(宛先) 長幼会玉川保育園園長 様

保護者 住所

電話

氏名

印

一時保育事業利用申請書

一時保育事業の利用について、次のとおり申請致します。

|              |                                                                                                                                  |    |    |       |    |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------|----|
| 申請<br>児<br>童 | フリガナ                                                                                                                             | 続柄 | 年齢 | 生年月日  | 性別 |
|              | 氏 名                                                                                                                              |    |    | 平成・令和 | 男  |
|              |                                                                                                                                  |    |    | 年 月 日 | ・  |
|              |                                                                                                                                  |    |    |       | 女  |
| 希望する<br>保育   | <input type="checkbox"/> 非定型的保育（週2日又は3日）<br><input type="checkbox"/> 緊急一時保育（週1日程度）<br><input type="checkbox"/> 緊急措置一時保育（連続14日以内） |    |    |       |    |
| 利用開始日        | 令和 年 月 日から                                                                                                                       |    |    |       |    |
| 利用希望日        | 月 火 水 木 金<br>*非定型の方のみ記入してください。（2～3日）                                                                                             |    |    |       |    |
| 利用理由         | 就労・就学・施設への通所介助・入院・冠婚葬祭<br>その他( )                                                                                                 |    |    |       |    |
| 兄弟有無         | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり（幼稚園在籍・認可保育園在籍・その他( )）                                                 |    |    |       |    |
| 食事形態         | <input type="checkbox"/> 離乳食（初期・中期・後期・完了）<br><input type="checkbox"/> 乳児食 <input type="checkbox"/> 幼児食                           |    |    |       |    |

# 一時保育利用児健康調査票

記入日 年 月 日

一時保育の利用にあたって、お子さまの健康調査を行います。下記にご記入をお願いいたします。

|                                                                                                                                                    |                                                                                              |              |   |   |   |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|---|---|---------|
| 氏名                                                                                                                                                 | (男・女)                                                                                        | 生年月日         | 年 | 月 | 日 | ( 歳 ヶ月) |
| 出生歴                                                                                                                                                | 出生時の異常 ( 無・有 )<br>出生時体重 ( )g<br>新生児マス・スクリーニング検査 正常・再検査<br>新生児聴覚スクリーニング検査 pass(パス)・refer(要再検) |              |   |   |   |         |
| 平熱                                                                                                                                                 | ( 度)                                                                                         | 今までで一番高く出た発熱 |   |   |   | ( 度)    |
| 今までにかかった大きなけがや病気 ( 無・有 )                                                                                                                           |                                                                                              |              |   |   |   |         |
| <有の場合:診断日、症状、治療法などご記入ください。>                                                                                                                        |                                                                                              |              |   |   |   |         |
| かかりやすい病気、症状など体質                                                                                                                                    |                                                                                              |              |   |   |   |         |
| ( ) 風邪をひきやすい ( ) 目をかゆがる ( ) ゼロゼロしやすい<br>( ) 発熱しやすい ( ) 目やにが出やすい ( ) 咳が出やすい<br>( ) 便秘しやすい ( ) 鼻血が出やすい ( ) 中耳炎になりやすい<br>( ) 下痢しやすい ( ) 鼻水が出やすい (その他) |                                                                                              |              |   |   |   |         |
| アレルギーや喘息はありますか。 ( 無・有 )                                                                                                                            |                                                                                              |              |   |   |   |         |
| <有の場合:有の場合:診断日、症状、治療法などご記入ください。>                                                                                                                   |                                                                                              |              |   |   |   |         |
| けいれんを起こしたことがありますか。 ( 無・有 )                                                                                                                         |                                                                                              |              |   |   |   |         |
| <有の場合:発症日、診断名、熱、対処法、薬品名などご記入ください。>                                                                                                                 |                                                                                              |              |   |   |   |         |
| 脱臼を起こしたことがありますか。 ( 無・有 )                                                                                                                           |                                                                                              |              |   |   |   |         |
| (肘内障) 右 回 , 左 回                                                                                                                                    |                                                                                              |              |   |   |   |         |
| 最終発症年齢 歳 ヶ月                                                                                                                                        |                                                                                              |              |   |   |   |         |

| 予防接種               | 接種日                              | かかった日 | 予防接種                            | 接種日                     | かかった日             |
|--------------------|----------------------------------|-------|---------------------------------|-------------------------|-------------------|
| BCG                | 年 月                              | 年 月   | 水痘(水ぼうそう)                       | ① 年 月<br>② 年 月          | 年 月               |
| 三種混合<br>又は<br>四種混合 | ① 年 月<br>② 年 月<br>③ 年 月<br>④ 年 月 | 年 月   | おたふくかぜ<br>(流行性耳下腺炎)             | ① 年 月<br>② 年 月          | 年 月               |
| ヒブワクチン             | ① 年 月<br>② 年 月<br>③ 年 月<br>④ 年 月 | 年 月   | 日本脳炎                            | ① 年 月<br>② 年 月<br>③ 年 月 | 年 月               |
| 肺炎球菌ワクチン           | ① 年 月<br>② 年 月<br>③ 年 月<br>④ 年 月 | 年 月   | ロタウイルス<br>(ロタリックス<br>または ロタテック) | ① 年 月<br>② 年 月<br>③ 年 月 | 年 月               |
| B型肝炎               | ① 年 月<br>② 年 月<br>③ 年 月          | 年 月   | インフルエンザ                         | ① 年 月<br>② 年 月          | 年 月               |
| MRワクチン<br>(麻疹・風疹)  | 1期 年 月<br>2期 年 月                 | 年 月   | 新型コロナウイルス                       | ① 年 月<br>② 年 月<br>③ 年 月 | 年 月<br>年 月<br>年 月 |
|                    |                                  |       | その他                             |                         |                   |

園生活で配慮してほしいことや心配なことなどがあればご記入してください。

# 個人面接票(2歳～就学前)

記入日 年 月 日 記入者

| 名前 | 愛称                                    | 一日の生活 |
|----|---------------------------------------|-------|
| 食事 | 食欲(あり・なし) 1回の食べる量(多い・普通・少ない)          |       |
|    | 自分で(食べる<スプーン・箸>・食べない)                 |       |
|    | 好きな物( ) 嫌いな物( )                       |       |
|    | アレルギー( )・なし                           |       |
|    | 食事の時に気になること( )                        |       |
| 排泄 | 1日の便・尿の回数 (便: 回)(尿: 回)                |       |
|    | 自分で伝えられるか(できる・できない)                   |       |
|    | 大便(自分でできる<洋・和・オマル>・できない) 下痢症・普通・便秘症   |       |
|    | 小便(自分でできる<洋・和・オマル>・できない) 近い・普通・遠い     |       |
|    | 後始末(一人でできる・できない)                      |       |
|    | おむつの使用(している【一日・午睡のみ・外出時のみ】・パット・していない) |       |
| 睡眠 | 午睡(する・しない) 寝つき(良い・悪い)                 |       |
|    | 寝る時のくせ・ポイント( )                        |       |
| 生活 | 好きなおもちゃ( )                            |       |
|    | 泣いた時の関わり( )                           |       |
|    | 歯磨き(介助する・一人で磨く・していない)                 |       |
|    | 人見知り (ある・ない)                          |       |
|    | 集団生活の有無(幼稚園・保育園・その他( ))・無             |       |
|    | 有の方 園名 ( )                            |       |
|    | 親から見る子どもの性格( )                        |       |
| 言語 | 自分の気持ちを言葉で(伝えられる・伝えられない)              |       |

# 緊急連絡電話

記入日： 年 月 日

|      |   |      |      |        |    |    |
|------|---|------|------|--------|----|----|
| クラス名 |   | ふりがな |      |        |    | 男女 |
|      |   | 園児氏名 |      |        |    |    |
| 現住所  | 〒 |      | 生年月日 | 令和 年 月 | 日生 |    |
|      |   |      | 電話番号 |        |    |    |

## 緊急時の連絡先

- ☆ 緊急時に、連絡がつきやすい順で1～3にご記入ください。  
 ☆ ご連絡をする際、優先する電話番号の順を【 】に番号をご記入ください。

|                                |       |  |            |     |        |
|--------------------------------|-------|--|------------|-----|--------|
| 1                              | ふりがな  |  | 本人との続柄     | 【 】 | 携帯電話番号 |
|                                | 氏名    |  |            |     |        |
|                                | 勤務先名  |  | ・内勤<br>・外勤 | 【 】 | 会社電話番号 |
|                                | 勤務先住所 |  |            |     |        |
| 通勤経路 (例:南武線 平間-川崎, 東海道線 川崎-東京) |       |  |            |     |        |
| 所要時間 分                         |       |  |            |     |        |
| 災害時に徒歩で帰宅は(可能・不可能) 徒歩 分        |       |  |            |     |        |

|                                |       |  |            |     |        |
|--------------------------------|-------|--|------------|-----|--------|
| 2                              | ふりがな  |  | 本人との続柄     | 【 】 | 携帯電話番号 |
|                                | 氏名    |  |            |     |        |
|                                | 勤務先名  |  | ・内勤<br>・外勤 | 【 】 | 会社電話番号 |
|                                | 勤務先住所 |  |            |     |        |
| 通勤経路 (例:南武線 平間-川崎, 東海道線 川崎-東京) |       |  |            |     |        |
| 所要時間 分                         |       |  |            |     |        |
| 災害時に徒歩で帰宅は(可能・不可能) 徒歩 分        |       |  |            |     |        |

|                                |       |  |            |     |        |
|--------------------------------|-------|--|------------|-----|--------|
| 3                              | ふりがな  |  | 本人との続柄     | 【 】 | 携帯電話番号 |
|                                | 氏名    |  |            |     |        |
|                                | 勤務先名  |  | ・内勤<br>・外勤 | 【 】 | 会社電話番号 |
|                                | 勤務先住所 |  |            |     |        |
| 通勤経路 (例:南武線 平間-川崎, 東海道線 川崎-東京) |       |  |            |     |        |
| 所要時間 分                         |       |  |            |     |        |
| 災害時に徒歩で帰宅は(可能・不可能) 徒歩 分        |       |  |            |     |        |

災害時に父母以外でお子さんをお迎えに来られる人 ※ 必ずご記入ください

|   |    |  |        |         |  |
|---|----|--|--------|---------|--|
| ① | 氏名 |  | 本人との間柄 | 携帯電話番号  |  |
|   | 住所 |  |        | 勤務先電話番号 |  |
|   |    |  |        | 自宅電話番号  |  |
| ② | 氏名 |  | 本人との間柄 | 携帯電話番号  |  |
|   | 住所 |  |        | 勤務先電話番号 |  |
|   |    |  |        | 自宅電話番号  |  |

※ 裏面もご記入ください

|                                                                   |               |   |   |   |  |  |
|-------------------------------------------------------------------|---------------|---|---|---|--|--|
| 健康保険証                                                             | 国保 ・ 社保 ・ その他 |   |   |   |  |  |
| 乳児医療証                                                             | 有 ・ 無         |   |   |   |  |  |
| 特記事項<br>（お子さんの体質など特に注意が必要な場合ご記入ください）                              |               |   |   |   |  |  |
| 受託時間                                                              | 平日            | : | ~ | : |  |  |
|                                                                   | 土曜日           | : | ~ | : |  |  |
| 自宅からの通園経路 （道順を赤線で示してください）<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |               |   |   |   |  |  |