

一時預かり保育申込書

実施日 年 月 日

お子さんについて

児童の名前	ふりがな		性別		
			男 ・ 女		
生年月日	年	月	日	血液型	型
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>				
オムツ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 ヶ月頃)				
その他健康	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 ()		
	心配なこと 注意してほしいこと				

保護者について

保護者氏名	ふりがな		ふりがな	
	父		母	
住所	〒 -			
緊急連絡先		氏名	続柄	連絡先
	1			携帯： 自宅or勤務先：
	2			携帯： 自宅or勤務先：
	3			携帯： 自宅or勤務先：

お子さんの様子について

生活リズム	日常生活の様子をお聞かせ下さい（例：睡眠は←睡眠→、食事は←食事→、遊び時間は←あそび→等）																							
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
好きなあそび																								
食事	<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自分で食べることができるが一部介助 <input type="checkbox"/> 自分で最後まで食べることができる																							
	<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																							
	<input type="checkbox"/> 少食 <input type="checkbox"/> 食ベムラがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅め																							
	<input type="checkbox"/> その他（ ）																							
排泄	オムツ/パンツ	<input type="checkbox"/> オムツ常時着用 <input type="checkbox"/> オムツ就寝時のみ着用 <input type="checkbox"/> パンツ常時着用 <input type="checkbox"/> その他（ ）																						
	トイレ(尿)	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人ができる（ <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない）																						
	トイレ(便)	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人ができる（ <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない）																						
体質	<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"/> じんましんが出やすい <input type="checkbox"/> 肌が弱い <input type="checkbox"/> 肘が抜けやすい（右・左）																							
対人	<input type="checkbox"/> 人見知りする <input type="checkbox"/> 人見知りしない （お友だちと： <input type="checkbox"/> 一緒に遊ぶのが好き <input type="checkbox"/> 大人数は慣れていない <input type="checkbox"/> 手が出る ことがある <input type="checkbox"/> 噛むことがある）																							
託児経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）																							
その他	一時保育を利用するに当たって心配なこと、配慮してほしいこと、伝えておきたいこと																							