

承認印		

一時預かり保育 利用申請書 (兼台帳)

令和 年 月 日

かわぐち保育園 園長 様

次のとおり一時預かり保育を利用したいので、関係書類を添えて申請します。

保護者 住所 秋田市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 TEL: \_\_\_\_\_

児童名	ふりがな				
	平成 年 月 日 ( 歳) (男 女)				
児童を除く家庭の状況	続柄	ふりがな 氏名	生年月日	性別	勤務先及び電話番号
保育期間等 <small>希望する</small>	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 (週 日)			
	時間	時 分 ~ 時 分まで			
利用理由					

お子さんの健康について（健康調査票）

記載日： 年 月 日

ふりがな 氏 名	男 女	生年 月日		かかり つけ医	
妊娠・出産 時の状況	分娩について	妊娠 週 日 正常 帝王切開 吸引分娩 その他			
	出生時	異常 なし あり 保育器使用 酸素使用 仮死 黄疸（光線療法・処置なし） その他（ ） *体重 g *身長 cm *頭囲 cm			
発育の状況	首のすわり（ 月） 寝返り（ 月） はいはい（ 月） つかまり立ち（ 月） 伝い歩き（ 月） 歩行開始（ 月） あやすと笑う（ はい・いいえ ） 音のする方を見る（ はい・いいえ ） 発語（ 月）				
乳児健診の 状況	1ヶ月健診（ 受けた ・ 受けていない ・ 指導あり ） 4ヶ月健診（ 受けた ・ 受けていない ・ 指導あり ） 1歳6ヶ月健診（ 受けた ・ 受けていない ・ 指導あり ） 3歳児健診（ 受けた ・ 受けていない ・ 指導あり ）				
予防接種	受けたものに○をつけてください BCG ・ ポリオ ・ MR（麻疹、風疹混合） ・ 水痘 ・ おたふくかぜ 三種混合（1. 2. 3回目、追加） ・ 四種混合（1. 2. 3. 4回目） 日本脳炎 ・ ヒブワクチン ・ 肺炎球菌 ・ ロタウイルス ・ B型肝炎 インフルエンザ				
既往歴	麻疹（ 歳） 風疹（ 歳） りんご病（ 歳） おたふくかぜ（ 歳） 水痘（ 歳） 気管支喘息（ 歳） 川崎病（ 歳） 脱臼（ 歳・場所 ） 熱性けいれん（ 歳） 食物アレルギー（ なし ・ あり： ） その他（ ）				
生活状況に ついて	・食事・・・母乳 ・ ミルク（ 、乳首 ） 量/間隔 ml/ H毎） 離乳食 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期 幼児食（偏食 なし ・ あり ） （好きな食べ物： 嫌いな食べ物： ） 量（ 大 ・ 普通 ・ 少 ） 食べさせてもらう・一人で食べる（スプーン・フォーク・箸）  ・排泄・・・オムツをしている・時々オマルに座っている・おしっこを知らせる 大便（知らせる ・ 便の状態：硬い、普通、軟らかい、便秘）				