

# 一時的保育申請書

番号	
----	--

プリムラこども園長 様

平成 年 月 日

申請者 住所 〒  
 (保護者) 須賀川市  
 電話  
 氏名 ⑩

一時的保育を利用したいので、関係書類を添えて申請いたします。

申請理由				支払 * 園使用欄 <input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 払込書
ふりがな			生年月日	年齢
児童氏名			平成 年 月 日	才
続柄		性別	男 ・ 女	幼稚園名
* 通っている方のみ記入してください				
家族の状況	氏名(ふりがな)	続柄	生年月日	勤務先・学校・幼稚園等
	( )		昭和 平成 年 月 日	
	( )		昭和 平成 年 月 日	
	( )		昭和 平成 年 月 日	
	( )		昭和 平成 年 月 日	
	( )		昭和 平成 年 月 日	
	( )		昭和 平成 年 月 日	

## 緊急連絡先

- 緊急時には優先順位の高い連絡先から順番に連絡します。
- 父母以外の連絡先の場合は、その方のお名前とお子さんとの関係(続柄)をご記入ください。

優先順位	連絡先	* 該当箇所を○で囲んでください	電話番号
1	父 ・ 母 ・ その他 ( )	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先	
2	父 ・ 母 ・ その他 ( )	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先	
3	父 ・ 母 ・ その他 ( )	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先	
4	父 ・ 母 ・ その他 ( )	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先	

## 生育歴

お名前		第 子	出生時体重 ( g )	血液型 ( 型 )	
授乳	母乳 ・ 粉乳 ・ 混合	時間をきめた ・ 時間をきめない			
話し始め(パパ・ママなど)	( 才 ヶ月 )	手放し歩き始め ( 才 ヶ月 )			
既往症 (今までかかった病気)	麻疹はしか ( 才 ) 水痘水ぼうそう ( 才 ) 耳下腺炎おたふく ( 才 ) 風疹ふうしん ( 才 ) 百日咳 ( 才 ) その他 ( )				
治療中の病気	( )				
今まで受けた予防接種	BCG ・ 三種混合(破傷風、百日咳、ジフテリア) ・ ポリオ ・ 麻疹はしか ・ 風疹 ・ 日本脳炎 四種混合(破傷風、百日咳、ジフテリア、ポリオ) ・ 肺炎球菌 ・ Hib ・ ロタウイルス 耳下腺炎おたふく ・ 水痘水ぼうそう ・ その他 ( )				
アレルギー	無 ・ 有 ( 例:食物、薬、花粉など )				
ひきつけをおこしたことがありますか?	無 ・ 有 ( いくつかの状況で ( 例:1歳半~2歳 熱性けいれん 3回 ) )				
* 体質的なもので特に気になることがありましたらご記入ください。 例:喘息、アトピー、中耳炎、脱臼など					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     平熱 ( 朝 ) °C                 </div>					
食事	ミルク	メーカー:	商品名:	1回の哺乳量: cc	
	哺乳瓶	メーカー:	乳首	メーカー: サイズ・カット:	
	離乳食	全がゆ ・ 半つぶし ・ おかゆ ・ かため ・ きざみ ・ 普通			
	好きなもの		嫌いなもの		
	食事の様子	早く食べる ・ 普通 ・ 時間がかかる			
気になること					
排便	大便	一人でできる ・ できない ( )			
	小便	一人でできる ・ できない とおい ・ 普通 ・ ちかい ( 分おき )			
	気になること				
睡眠	睡眠時間(夜)	時 分から 時 分 まで ( 平均 時間 )			
	寝る様子	一人で寝る ・ 母と寝る ・ 父と寝る ・ その他 ( ) と			
	昼寝	いつもする ( 約 時間 ) ・ 疲れた時にする ・ ほとんどしない			
衣服の着脱		一人でできる ・ できない ( )			
ことばの様子		普通に話す ・ 赤ちゃん言葉がある ・ どもる ・ あまり話をしない			
好きな遊び					
よく遊ぶ相手		友だち ・ 家族(それは誰ですか ) ・ 一人で遊ぶ ・ その他 ( )			
* 性格上、保育士に伝えておきたいこと・ご利用なさるにあたり、ご心配なことがありましたらご記入ください。					

※一時的保育申請書に記載された内容は、一時的保育事業の運営管理を行なう場合にのみ利用させていただきます。