

# 記入例

(第2号様式)

緊急一時保育のご利用を希望される方は、こちらの記入例に沿ってご記入ください。令和 年 月 日  
毎月登録頂けるのはこちらになります。

(あて先) 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、次のとおり申請いたします。

申請児童	フリガナ	続柄	年齢	生年月日	性別
	氏名			令和 年 月 日	男・女
希望する保育	<input type="checkbox"/> 非定型的保育(週2日又は3日)		<input type="checkbox"/> 緊急一時保育(週1日程度) <input checked="" type="checkbox"/> 緊急一時保育(連続14日以内)		
利用開始日	令和 年 月 日から	令和 年 月 日から			
利用希望日	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金 ( )日間			
利用事由	就労・就学・施設への通所介助 その他 ( )	就労・傷病・入院・冠婚葬祭 その他 ( <b>リフレッシュ</b> )			

未記入で結構です。

# 記入例

(第2号様式)

曜日を決めて週1～3日の利用を希望される場合はこちらの記入例に従ってご記入ください。

年 月 日

※ 原則として説明会に参加された方のみの利用となっております。利用枠に空きがある場合はHPにてお知らせいたします。

(あて先)

保護者 住所

電話 ( )

氏名

印

一時保育事業利用申請書

週1日の場合はこちらにチェックをいれてください。

一時保育事業の利用について、次のとおり申請いたします。

申請児童	フリガナ	続柄	年齢	生年月日	性別
	氏名			令和 年 月 日	
希望する保育	<input checked="" type="checkbox"/> 非定型的保育 (週2日又は3日)		<input type="checkbox"/> 緊急一時保育 (週1日程度)		
利用開始日	令和4年 4月 1日から		令和 年 月 日から		
利用希望日	(月)・火・(水)・木・(金) 9:00-17:00		月・火・(水)・木・金 ( )日間		
利用事由	(就労)・就学・施設への通所介助 その他 ( )		就労・傷病・入院・冠婚葬祭 その他 ( )		

(第2号様式)

令和 年 月 日

さぎ沼なごみ保育園  
園長 菅原 依子 様

保護者 住所  
電話 ( )  
E-mail  
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、次のとおり申請いたします。

申請児童	フリガナ	続柄	年齢	生年月日	性別
	氏名			令和 年 月 日	男・女
希望する保育	<input type="checkbox"/> 非定型的保育(週2日又は3日)		<input type="checkbox"/> 緊急一時保育(週1日程度)		
			<input type="checkbox"/> 緊急一時保育(連続14日以内)		
利用開始日	令和 年 月 日から		令和 年 月 日から		
利用希望日	月・火・水・木・金		月・火・水・木・金 ( )日間		
利用事由	就労・就学・施設への通所介助 その他 ( )		就労・傷病・入院・冠婚葬祭 その他 ( )		

# 利用申込補助票 (1)

## 1 申請児童の状況

ふりがな 児童名	男・女	生年月日	令和 年 月 日 ( 歳 月)
	愛称:		
保 育 状 況	1 自宅でみている 保育者名 _____ 児童と続柄 _____ 2 次のところに預けている 保育者又は保育所名 _____ 住所 _____ いつから _____ 年 月 日から Tel ( ) _____ 保育時間 午前 : _____ ~ 午前 : _____ まで 月額保育料 _____ 円 3 その他 _____		
健 康 状 態	1 身長 _____ cm 体重 _____ kg 平熱 _____ 度 2 病歴 ( 無 ・ 有 ) 病名 _____ ( _____ 年 月頃) 入院歴 ( 無 ・ 有 ) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 その後の経過 _____ _____ 3 アレルギー体質 ( 無 ・ 有 ) アナフィラキシーの既往 ( 無 ・ 有 ) エピペンの処方 ( 無 ・ 有 ) 症状・除去食等 _____ _____ _____		
そ の 他	1 くせ・好きな遊び _____ _____ 2 食事の状況 ミルク ・ 牛乳 ・ 離乳食 ( 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了 ) ・ 普通食 3 かかりつけの医者 _____ 医院 ・ 病院 住所 _____ Tel ( ) _____		

## 利用申込補助票 (2)

### 2 世帯の状況

区分	ふりがな 氏 名	続柄	生年月日	年齢	健康 状態	就学・通学 先名等	生活保護の 状 況
家 族 構 成	1	世帯主	. .				受けている    受けていない
	2		. .				
	3		. .				
	4		. .				
	5		. .				
	6		. .				

### 3 保護者の状況

		母 親 の 状 況	父 親 の 状 況	
働 い て い る 場 合	労 働 形 態	常勤・パート・自営(自宅・自宅外) 内職・就職内定	常勤・パート・自営(自宅・自宅外) 内職・就職内定	
	事 業 所	名 称		
		住 所 電 話	( )	( )
	就 労 年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	仕 事 の 内 容			
	就 労 日 数	1か月平均 日	1か月平均 日	
	就労形態	曜日	月・火・水・木・金・土・日	月・火・水・木・金・土・日
		時間	午前 時 分から 午後 時 分まで	午前 時 分から 午後 時 分まで
	通 勤 時 間	時間 分	時間 分	
	働いていない場合 (項目に○印)		通院・看護・介護・求職中・その他 (内容) _____ _____	通院・看護・介護・求職中・その他 (内容) _____ _____
市民税課税状況 (当該年度分)		有 ・ 無	有 ・ 無	
備考				

# 健康記録表

児童名 <span style="margin-left: 20px;">ふりがな</span>	男・女	令和      年      月      日生				
妊娠・出産状況	妊娠中の状態      正 常 ・ 異 常 お産の時の状態      正 常 ・ 異 常      (吸引分娩・鉗子分娩・仮死・帝王切開) 妊娠期間      (      週      日 ) 出生時の体重      (      g )      早産      週      保育器      日      黄疸 ( 普通・強 ) 出生時の身長      (      cm )      胸囲 (      cm )      頭囲 (      cm )					
栄養について	・母乳      か月まで      ・人工乳 (ミルク)      か月から      か月まで ・離乳食について      開始      か月      完了      か月 ・ベビーフードは使いましたか。      はい (      ) ・いいえ ・食事について気になることがありますか。(偏食・小食・肥満・早食い・噛めない等)					
今までにかかった病気等について	病 名	年 齢 ( 歳 )	病 名	年 齢 ( 歳 )	病 名	年 齢 ( 歳 )
	麻しん (はしか)		風 し ん		肺 炎	
	水痘 (水ぼうそう)		百 日 咳		ぜんそく	
	おたふくかぜ		突発性発疹		心 臓 病	
	今までに入院したことがある病気やケガや受けた手術などありましたらご記入ください。 (疾患名)      (病院名)      日間入院					
	その他かかった病気がありますか、または大きなケガをしたことがありますか。					
健康診査について	今までに受けた健康診査や育児相談をご記入ください。異常がなかった場合も記入してください。					
	受けた健診	年月日	その時言われたこと	受けた健診	年月日	その時言われたこと
	1 か月児	. .		1 歳 6 か月	. .	
	3~4 か月児	. .		3 歳児	. .	
	6~7 か月児	. .		4 歳児	. .	
	9~10 か月児	. .		5 歳児	. .	
お子さんの朝の体温はいつも何度ですか。						
度      分						
かかりつけの医療機関がありますか。      医院/ 病院名						



	次のことにお答えください。
	<p>1 「首のすわり」はいつごろでしたか・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）か月頃</p> <p>2 「ねがえり」はいつごろでしたか・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）か月頃</p> <p>3 「おすわり」はいつごろでしたか・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）か月頃</p> <p>4 ハイハイしはじめたのは、いつごろでしたか・・・・・・・・（ ）か月頃</p> <p>5 つかまり立ちしたのは、いつごろでしたか・・・・・・・・（ ）か月頃</p> <p>6 指で小さいものをつかめますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>7 名前を呼ばれたらわかりますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>8 一人歩きを始めたのはいつごろでしたか・・・・・・・・（ ）か月頃</p> <p>9 マンマ・ブーブー・パパ・ママなどの言葉を一つでも話しますか・・・はい・いいえ</p> <p>☆</p> <p>10 おしっこをしたい時、教えますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>11 自由に歩いたり、走ったりしますか・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>12 「あれなーに」「これなーに」とよく尋ねますか・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>☆</p> <p>13 自分の名前が云えますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>14 スプーンや箸を使って一人で食べますか・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>15 クレヨンなどで1つの丸（○）を描きますか・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>16 お友だちと遊びたがりますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>17 手を使わずに一人で階段を昇れますか・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>18 おしっこを一人でできますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>19 ボタンを一人ではめることができますか・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>20 飛び下りたり、ケンケンができますか・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p>
	次の中から当てはまる番号に○をつけてください。
体 質 と ク セ	<p>1 風邪をひきやすい</p> <p>2 のどがゼロゼロする</p> <p>3 扁桃腺が腫れやすい</p> <p>4 湿疹が出やすい</p> <p>5 耳だれがある</p> <p>6 食べ物でじんましんが出る（卵・牛乳・小麦・他（ ））</p> <p>7 薬を飲んだ後じんましんが出たことがある（薬の名前（ ））</p> <p>8 今まで医師から一度でも「心臓がわるい」「心雑音がある」「脈が乱れている」「川崎病」等 言われた事がある</p> <p>9 口内炎ができやすい</p> <p>10 化膿しやすい</p> <p>11 虫さされのあとがひどく腫れる</p> <p>12 下痢しやすい・便秘しやすい</p> <p>13 食べたものを吐きやすい</p> <p>14 ひきつけ・けいれんをおこしたことがある （ 歳の時 熱 ℃） ダイアアップの処方（無・有）</p> <p>15 よく熱をだす</p> <p>16 鼻血が出やすい</p> <p>17 唇・指先・足先が紫色になったことがある</p> <p>18 腹痛をよくおこす</p> <p>19 指しゃぶり・爪かみをする</p> <p>20 性器をいじる</p> <p>21 肘が抜けたことがある（右・左 歳の時 回）</p> <p>22 その他のくせ（ ）</p>



以下に、一時保育の利用理由をできるだけ詳しくご記入下さい。

お子様の名前：

※ プライバシーポリシー

頂戴した資料は、一時保育をお受けし、お子様の保育をするために使用し、その目的以外に使用されることはありません。

## 緊急連絡票

園児氏名	フリガナ	性別	薬や食物のアレルギー 有・無
		男・女	有の場合、具体的に記入
生年月日	令和 年 月 日生	血液型	病歴 けいれん・大きな病気・手術歴 など
		型	

体調不良時等の連絡先 ※ 優先順にお書きください。

順位	園から連絡する方のお名前	続柄	電話番号
①			自宅・職場・携帯・他[ ]
②			自宅・職場・携帯・他[ ]
③			自宅・職場・携帯・他[ ]
④			自宅・職場・携帯・他[ ]
⑤			自宅・職場・携帯・他[ ]

備考

### 健康保険証について

健康保険証と乳児医療証をお持ちの方は、裏面にコピーを貼付して下さい。

### 災害時引き取り人

続柄	氏名	住所	電話番号

大規模な災害などで、保護者の方との連絡が不通になった場合に使用いたします。  
遠方の親族の方の方が災害の影響も少なくなりますので、できる限りご記入いただけますようお願いいたします。

送迎者 父 母 その他( )

# さぎ沼なごみ保育園

## 車による登降園の禁止について

社会福祉法人なごみ福祉会 理事長 飯島 克巳

さぎ沼なごみ保育園 園長 菅原 依子

さぎ沼なごみ保育園は、建設時、地域の住民の方との話し合いに基づき合意として、保護者の方々の車での登降園を禁止しています。

そのため、車での登降園はできませんので、ご理解の上、ご協力下さいますようお願い申し上げます。また、祖父母様等のお迎えをお願いする方にも、その旨をお伝え頂けますようお願いいたします。

特別の理由のある場合は、必ずお近くの駐車場をご利用下さい。

---

上記の内容を最後までご確認頂けましたら、署名・捺印をお願い致します。

保護者氏名	印
-------	---