

一時保育利用登録申込書

年 月 日 申込

項目の□部分には✓(チェック)をしてください

保護者 名前	ふりがな	最寄り駅	線 駅
-----------	------	------	--------

下記のとおり、中川小桜愛児園への一時保育利用登録を申し込みます。

お子様 名前	ふりがな				生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	
					呼び名					<input type="checkbox"/> 女	
既往歴	疾患名	麻疹	水痘	風疹	おたふく	今までにかかったその他の病気・ケガ					
	罹患年齢										
健康 状態	平熱	℃くらい		アレルギー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	食品名				
	脱臼	<input type="checkbox"/> 有 (部位) <input type="checkbox"/> 無				ぜんそく	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
	けいれん	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 発熱時 <input type="checkbox"/> 熱なし *回数 回 *直近発生日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無									
	健康上、特に留意してほしいこと										
	かかりつけ医										
食事	食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし									
	飲み方	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> マグ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> その他()									
	好きな物					嫌いな物					
	食事で気になること										
	<ul style="list-style-type: none"> ・メニューを確認し、給食で初めて食べる食材がないよう事前に食べ、アレルギーのないことを確認します。 また、アレルギー症状が出た場合は、すぐに園に連絡します。 ・お弁当持参の場合、検食ができないことから賞味期限が確認できる市販のものをお持ちします。 <p style="text-align: center;">年 月 日 署名</p>										
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 睡眠時のみオムツ										
睡眠	昼寝	<input type="checkbox"/> する(時 分頃～ 時間、 時 分頃～ 時間) <input type="checkbox"/> しない									
	寝かた	<input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> その他()									
好きな遊び											
落ち着く物・対応											
その他											

緊急 連絡先	第1番	名前		続柄		電話番号	-	-
	第2番	名前		続柄		電話番号	-	-