

一時保育登録申込書（新規・継続）

社会福祉法人多摩養育園  
光明第三こども園園長殿

保護者

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

光明第三こども園の一時保育を利用するため、登録をいたします。

児童氏名	性別	生年月日	年齢
	男・女	平成 令和 年 月 日生	歳 か月
	男・女	平成 令和 年 月 日生	歳 か月
	男・女	平成 令和 年 月 日生	歳 か月
申請事由	申込理由（該当する□にレをつけてください。） <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 保護者の疾病（病気） <input type="checkbox"/> 兄弟の学校行事 <input type="checkbox"/> 保護者の出産 <input type="checkbox"/> 体験保育 <input type="checkbox"/> 看護及び介護 <input type="checkbox"/> 保護者のリフレッシュ <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 保護者の失踪 <input type="checkbox"/> その他  ( )		

# 一時・定期保育児童登録カード

光明第三こども園				
記入日                    .                    .				
児童名	ふりがな ..... 男 女 平成/令和    年    月    日生	<h2 style="margin: 0;">写 真</h2> <p style="margin: 0;">胸より上で1人で写っているスナップ写真 (9.5×7.5cm)</p>		
保護者名	ふりがな ..... 続柄			
現住所	〒			
自宅電話				
保 護 者 欄 ( 続 柄 )	父	ふりがな ..... 生年月日 年    月    日生	名称 ..... 所在地 ..... 電話 ..... 勤務時間 :       ~       :	
		母	ふりがな ..... 生年月日 年    月    日生	名称 ..... 所在地 ..... 電話 ..... 勤務時間 :       ~       :
			ふりがな ..... 生年月日 年    月    日生	名称 ..... 所在地 ..... 電話 ..... 勤務時間 :       ~       :
			ふりがな ..... 生年月日 年    月    日生	名称 ..... 所在地 ..... 電話 ..... 勤務時間 :       ~       :
	ふりがな ..... 生年月日 年    月    日生		名称 ..... 所在地 ..... 電話 ..... 勤務時間 :       ~       :	

自宅附近及び通園略図

かかりつけ医院名

名称	電話
----	----

健康保険証

種類  
 国民保健 ・ 組合保険 ・ 共済保険 ・ 政府管掌 ・ その他 ( )

名称・番号	<記号>	<番号>
-------	------	------

予防接種 ・ 感染症の記録

種別	区分	実施年月日	種別	予防接種	罹患日
結核	B C G	・ ・	MR { 麻疹 (はしか) 風疹 (三日ばしか)	・ ・	・ ・
急性灰白髄炎 (ポリオ)	1回目	・ ・		水痘 (水ぼうそう)	・ ・
	2回目	・ ・	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	・ ・	・ ・
三種混合 { 百日咳 ジフテリア 破傷風	1期	・ ・	その他の記録		
	追加	・ ・			
日本脳炎	初回	・ ・			
	追加	・ ・			

緊急連絡先

	氏名	続柄	住所	電話番号
1				
2				
3				

園児状況表 (一時・定期保育)

園長	主任

児童名 (ふりがな)	性別	生年月日	年齢
	男・女	平成 令和 年 月 日	歳 か月
集団保育の経験	あり ・ なし		
食事について	偏食 : あり ・ なし 牛乳 : あり ・ なし (経験) ヨーグルト : あり ・ なし (経験) チーズ : あり ・ なし (経験) 魚介 : あり ・ なし (経験) 食事の形態 : 幼児食 ・ 離乳食 ( ) 食事 : 一人で食べられる ・ 食べさせてもらって食べる		
排泄・午睡について	オムツ使用 : あり ・ なし 午睡習慣 : あり ・ なし 午睡時間 : 午前 ・ 午後 ( 時から 時)		
言語	言葉 : 話せる ・ 話せない 大人の言うことが分かりますか : はい ・ いいえ 自分の意志が伝えられますか : はい ・ いいえ		
既往歴	熱性痙攣 : あり ・ なし [ 初回 : 年 月 日 どんな状況で : 最後に起きたのはいつ : 年 月 日 発熱 度 以上で に連絡 脱 臼 : あり ・ なし [ 初回 : 年 月 日 どんな状況で : 部位 : 最後に脱臼したのはいつ : 年 月 日 アレルギー : あり ・ なし アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ 花粉症 ・ 結膜炎 食物アレルギー ・ 薬物アレルギー ・ その他 ( ) 原因 : 卵 ・ 牛乳 ・ 大豆 ・ 小麦 ・ ダニ ハウスダスト ・ その他 ( ) 除去食 : なし ・ あり ( ) その他の大きな病気や怪我 : あり ・ なし [ ]		
心配・気がかりなこと			
くせや伝えておきたいこと (食事・午睡など)			
所 見 (※園記入)			
一時保育の事を何で知りましたか ( )			

面接日 令和 年 月 日 面接者 ( )