

一時保育事業利用者台帳

きらら子どもの家

申請日		年 月 日			登録番号		新規		継続		
申請児童	氏名(フリガナ)		愛称	満年齢	生年月日	歳児	性別	特記事項			
	()				年 月 日生	(4月時年齢)	男・女				
住所						主たる送迎者		自宅電話番号			
通園方法		徒歩・ベビーカー・バス・電車・自家用車(車種: 色: No.:)									
利用申請児童の世帯状況	父名	生年月日	満年齢	勤務曜日	勤務時間	園までの所要時間	携帯電話番号				
		年 月 日生			: ~ :	時 分					
	勤務先		勤務先住所				勤務先電話番号				
	母名	生年月日	満年齢	勤務曜日	勤務時間	園までの所要時間	携帯電話番号				
		年 月 日生			: ~ :	時 分					
	勤務先		勤務先住所				勤務先電話番号				
	続柄	氏名	満年齢	生年月日	勤務先・学校・幼稚園の名称			連絡先電話番号			
				年 月 日生							
				年 月 日生							
				年 月 日生							
祖父母の状況	氏名		健康	就労	同居	住 所			連絡先電話番号		
	父方	祖父	(歳)	良・否	有・無	同・別					
		祖母	(歳)	良・否	有・無	同・別					
	母方	祖父	(歳)	良・否	有・無	同・別					
祖母		(歳)	良・否	有・無	同・別						
希望保育	<input type="checkbox"/> 非定型型保育(週3回以内)			<input type="checkbox"/> 緊急保育(2週間以内)		<input type="checkbox"/> リフレッシュ保育(1回につき1日以内)		希望時間			
利用開始日	平成 年 月 日()から			平成 年 月 日()から		平成 年 月 日()		時 ~ 時			
利用日	月・火・水・木・金			平成 年 月 日()まで							
申請理由 (詳しく記入してください)							希望理由	就労・出産 傷病・入院 看護・介護			
本人写真								送迎者登録票(写真添付;顔がわかるもの)			
		続柄			続柄			続柄			
		名前			名前			名前			
		連絡先電話番号			連絡先電話番号			連絡先電話番号			

一時保育個人表

面接日	年 月 日		面接職員		
排泄	布オムツ 紙おむつ トレーニングパンツ パンツ				
食事	アレルギー	なし・あり ()			
	牛乳	飲んでいる(コップ・ストロー・哺乳瓶)・飲んでいない・料理に使用			
	食事	はし・スプーン、フォーク・手づかみ・介助			
	摂取量	小食・普通・大食			
睡眠時間	午睡	:	~	:	()時間くらい
	夜	:	~	:	()時間くらい
	入眠のくせ				
平熱		℃			
好きな遊び	屋内				
	屋外				
身内以外の保育経験		なし・あり			
保育料		通常・非課税世帯免除・生活保護世帯免除			
既往感染症		麻疹・風疹・耳下腺炎・百日咳・水痘			
予防接種		BCG・ポリオ・三種(四種)混合Ⅰ期1、2、3、Ⅱ期・MRⅠ期、Ⅱ期			
		水痘・耳下腺炎・Hib・日本脳炎・肺炎球菌・その他()			
アレルギー有無		アトピー性皮膚炎: あり・なし 喘息: あり・なし			
脱臼の既往の有無		なし・あり (回 部位:)			
熱性けいれん		なし・あり	歳 ヶ月 °C	歳 ヶ月 °C	
			歳 ヶ月 °C	歳 ヶ月 °C	
入院歴		なし・あり	病名:	入院期間:	
手術歴		なし・あり	病名:		
かかりつけ医		小児科		歯科	皮膚科
		TEL	TEL	TEL	

※ 保険証・乳児医療証のコピーを裏に貼付して下さい。

園長	主任	保育士