

# 一時保育申込書



年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
園児名		男・女	年 月 日	歳 ヶ月
現在の状況	幼稚園 保育園(認可・無認可) 通っていない			
フリガナ		連絡先		
保護者名		自宅 携帯	( )	
住所	〒			
緊急連絡先		続柄		

## ●お家での様子

呼び名		好きな遊び・もの	
血液型	A・B・O・AB	平均体温	℃
排泄状況	一人できる・できない・トレーニング中 その他( )	兄弟	
性格			
その他			



## ●今日の健康状態

年 月 日

体温	℃	睡眠	: ~ :
排泄	なし あり :	便の状態	硬い・ふつう・軟らかい
体調			

## ●持ち込み

食事	有( ) 無	おやつ	無 . 有( )
ミルク	① : に ② : に	CC CC	来園までの 飲食 時間 : 食べた物 ( )
預かり時間	: ~ :	迄	( 時間)

# 健康の記録



## ● かかりつけの病院

TEL \_\_\_\_\_

## ● かかりやすい病気と体質

- |   |                                   |                                   |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれやすい                        | <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい | <input type="checkbox"/> ゼーゼーしやすい |
| <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい                          | <input type="checkbox"/> 鼻血を出しやすい | <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い    |
| <input type="checkbox"/> けいれん（ひきつけ）をおこしたことがある             |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> アレルギー体質である{症状： _____ }           |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> 食べてはいけないものがある{ _____ }           |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> 使ってはいけない薬がある { _____ }           |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> 継続して飲んでいる薬がある{ _____ }           |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> そのほか、園に知っておいて欲しいことがありましたらご記入下さい。 |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> { _____ }                        |                                   |                                   |

## ● かかったことがある病気やけが

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 麻しん（はしか）<br>{            歳 }        | <input type="checkbox"/> 風しん（三日ばしか）<br>{            歳 } | <input type="checkbox"/> 水疱（みずぼうそう）<br>{            歳 } |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）<br>{            歳 } | <input type="checkbox"/> ぜんそく                           |   |
| <input type="checkbox"/> 今までの入院{ _____ }                     |   |   |
| <input type="checkbox"/> 今までのけが{ _____ }                     |   |   |
| <input type="checkbox"/> そのほか { _____ }                      |   |   |

## ● 予防接種

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> BCG<br>{ 未・済 }                | <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）<br>{ 未・Ⅰ期・Ⅱ期 }        |
| <input type="checkbox"/> 三種混合（DPT）<br>Ⅰ期{ 未・1回・2回・3回 } | <input type="checkbox"/> 日本脳炎<br>Ⅰ期{ 未・1回・2回 }<br>追加{ 未・済 } |



# 一時保育ご利用の注意事項及び同意書

- 感染症予防の為、体調が優れない場合や登園時に発熱があった場合はお預かりできません。万が一、体調不良が起こった際はお子様の健康を優先し全施術を行えない場合もあります。
- 持ち物の紛失、盗難防止の為全ての持ち物に必ず名前を書いて下さい。
- サロン同様、完全予約制ですので時間厳守をお願いします。
- 時間の変更や遅れる場合は、必ずご連絡下さい。
- お迎えは、連れて来られたお客様のみでお願いします。
- 動きやすく、汚れても大丈夫な服で来園して下さい。
- 必要書類に不足があった場合はお預かりできません。
- DSやその他ゲームなどの電子機器類の持ち込みは禁止致します。
- おべんとう、おやつ以外の飲食物の持ち込みはお断りします。
- 園内での安全に関しましては十分に配慮させていただきますが、監督不注意によるケガや事故に関しては加入の保険での対応となります。  
(別紙保険内容案内用紙をご覧ください。)
- 体調不良で急を要すると判断した場合はすぐに医療機関へ緊急搬送します。  
なお、その際の医療費等は自己負担となります。



上記の内容に同意し、一時保育を申込みます。

平成 年 月 日

ふりがな  
保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印