

一時預かり申請(登録)票

登録番号 _____

柏市長 秋山 浩保 あて

申請年月日 平成 年 月 日

一時預かりの利用登録を申請します。

申請者氏名 _____ 印

■児童に関する事項

ふりがな	_____	生年月日	年齢	性別	愛称
児童氏名	_____				
保育施設等利用の経験	<input type="checkbox"/> 保育園入園経験あり <input type="checkbox"/> 一時預かり等の利用経験あり <input type="checkbox"/> 経験なし				
かかりつけ医	名称	TEL			
健康保険証番号	_____	受給券番号	_____		

※災害発生時の緊急受診において、保護者と電話連絡が取れない場合に限り、検査・治療・服薬を一任いたします。

食物アレルギー(_____), 禁止薬剤(_____)サイン

※イオン飲料(ビーンスターク ポカリスエット)を熱中症対策用に飲ませて良い (はい・いいえ)

■家庭に関する事項

現住所	(〒 _____)	電話番号				
同居している家族構成	続柄	ふりがな 氏名	生年月日	年齢	勤務先・通学先	送迎者 順位
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____

■緊急連絡先(保護者さま自身も含めた順番でご記入ください)

1番	ふりがな 氏名	_____	児童との関係	電話番号	携帯 自宅 会社
2番	ふりがな 氏名	_____	児童との関係	電話番号	携帯 自宅 会社
3番	ふりがな 氏名	_____	児童との関係	電話番号	携帯 自宅 会社

■登録理由(該当するものにチェックしてください)

<input type="checkbox"/> 非定型: <input type="checkbox"/> 親の短時間就労 <input type="checkbox"/> 職業訓練, 通学 <input type="checkbox"/> 親の病気, 定期的な通院 <input type="checkbox"/> 社会的理由	
<input type="checkbox"/> 緊急: <input type="checkbox"/> 疾病, 出産 <input type="checkbox"/> 災害, 事故 <input type="checkbox"/> 急な看護, 介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭	
<input type="checkbox"/> リフレッシュ	
送迎手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車
今後の利用予定	<input type="checkbox"/> 今年度中 <input type="checkbox"/> 半年 <input type="checkbox"/> 2~3ヶ月 <input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 今回のみ <input type="checkbox"/> 未定

※保育園記入

区分	非定型(利用曜日)	緊急	リフレッシュ	利用開始日	年 月 日
書類	<input type="checkbox"/> 就労証明 <input type="checkbox"/> 就学証明 <input type="checkbox"/> 入院計画書 <input type="checkbox"/> 介護証明書 <input type="checkbox"/> その他(_____)				

一時預かり 食事・生活問診票

記入日 平成 年 月 日現在

ふりがな
 児童氏名 _____ 男 / 女
 生年月日 平成 年 月 日 (歳 ヲ月)

■食事の状況で当てはまるもの全てに○をつけてください

ミルク	・授乳間隔() ・飲み方(哺乳瓶 / ストローマグ / コップ) ・分量()ml ・乳首のサイズ(S ・ M ・ L) ・現在飲んでいるミルクの品名()
麦茶・白湯	・両方飲んでいる ・白湯を飲んでいる ・麦茶を飲んでいる
離乳食	※離乳食の状況覧をご記入ください
幼児食	※幼児食の状況覧をご記入ください

保育園メモ

■離乳食の状況 ※離乳食の方のみご記入ください

開始時期	ヶ月から開始	ミルク	・飲んでいる(いつ) ・卒乳している(いつ)
回数	回食	時間は	時 時 時

※下記の中で、現在の状況が当てはまる時期に○をつけてください。

すりつぶし期(初期食)	・おかゆペースト, 野菜ペースト, 野菜スープを食べられる ・首がしっかり座っている ・支えると座れる ・食べ物を見せると、口を開ける (主な食材) にんじん, 玉ねぎ, じゃが芋, かぼちゃ, キャベツ, ほうれん草, サツマイモ, 小松菜
舌でつぶせる固さ(中期食)	・食材は粗つぶし状から5mm角のコロコロ状になっている。 ・口を閉じて、舌と上あごを使ってつぶして食べられる。 ・牛乳やチーズを料理に少量使っている。調味料・油を使った料理を食べている。 (主な食材) 7分かゆ, とりひき肉, 白身魚, 豆腐, うどん, パン
歯ぐきでつぶせる固さ(後期食)	・食材は少し大きめのコロコロ状になっている。 ・口の中で食べ物を動かしながら、歯ぐきで押しつぶす様子が見られる。 ・桃やみかんなどの果物を食べている (主な食材) 硬かゆ, 豚ももひき肉, 卵, ツナ, スティック野菜, 海藻類, 大豆(水煮), きのこと
歯ぐきで噛める固さ(幼児食)	・奥の歯ぐきや歯で噛むことができる。 ・手づかみ食などしており、食べ物に興味を持っている。 ・ミルクから牛乳の練習を始め、1日に100~200ml飲んでいる。 ・揚げ物を食べている。 (主な食材) ごはん, 鮭, さば, さわら, かれい, 切り干し大根, ごま, ヨーグルト, パイナップル, 麦茶
食べ方	・なかなか飲み込めない ・噛まないで飲み込む ・大人に食べさせてもらう ・自分で食べる(手づかみ ・ スプーン ・ フォーク)
苦手なもの	

保育園メモ

■発育・生活に関する事項

排せつ	オムツ/ パンツ	・常時オムツ ・午睡, 睡眠時のみオムツ ・トレーニングパンツ着用 ・常時パンツ
	トイレ(尿)	・トイレでできない ・トレーニング中 ・一人で出来る(伝える / 伝えない)
午睡	トイレ(便)	・トイレでできない ・トレーニング中 ・一人で出来る(伝える / 伝えない)
	午睡の有無 寝つき等 寝るときのくせ	・しない ・時々する ・する(時から 時) ・すぐ眠る ・眠るまでに時間がかかる ・眠りが浅い ・眠ることを嫌がる
言葉	・喃語(なんご) ・単語が出る ・大人の言葉に反応 ・簡単な会話は出来る ・普通に会話できる ・よくしゃべる ・あまり話さない ・はっきりしている ・聞き取りにくい ・どもることがある ・言葉が遅い ・その他()	
対人	・人見知り する / しない ・お友達と: ・一緒に遊ぶのが好き ・集団は慣れていない ・手が出ることもある ・噛むことがある	
戸外	・散歩, 外遊びが好き ・外遊びは苦手 ・歩くことが苦手 ・手をつなぐのを嫌がる ・1人でもどこかへ行ってしまう ・その他気をつけてほしいこと()	

保育園メモ

一時預かり 健康問診票

記入日 平成 年 月 日現在

※2枚目もあります

ふりがな

児童氏名 _____ 男 / 女 _____

生年月日 平成 年 月 日 (歳 ヶ月)

■妊娠中の状況

正常 ・ 重症つわり ・ 妊娠糖尿病 ・ 妊娠高血圧症候群 ・ 貧血 ・ その他

■分娩時の状況

正常 ・ 骨盤位 ・ 吸引分娩 ・ 帝王切開 ・ 鉗子

在胎週数 週 ・ その他

■出生時の状況

正常 ・ 仮死 ・ 難産 ・ 酸素使用 日間

早産 ・ 強い黄疸 ・ 光線療法 時間

保育器収容 日間 ・ その他

生後

日退院

体重 g	身長 cm	胸囲 cm	頭囲 cm
------	-------	-------	-------

■栄養の状況

母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・ 卒乳

偏食 ない ・ ある (内容)

今まで食べたことのある食品で食物アレルギーの症状が出たことはありますか。

ない ・ ある (食品名)

「ある」に○をつけた方にお聞きます。

・医師の診断を受けていますか

ない ・ ある

・アナフィラキシーショックの診断を受けたことがありますか

ない ・ ある

・エピペンの処方がありますか

ない ・ ある

・医師から食品制限をするように指導を受けていますか

受けていない ・ 受けている (食品名)

経過

※リフレッシュのみの園では、アレルギー食の提供はできません。

※食物アレルギー給食の提供については、医療機関に指定の指示書を持参し、医師にアレルギーの内容を記入していただきご提出いただいた方のみとなります。

提出していただけない場合、弁当持参となります。

■体質 ※当てはまるものに○をしてください

・高熱を出しやすい ・ 風邪をひくとゼーゼーする ・ 皮膚が弱い

・間接がはずれやすい ・ 便秘がち ・ 吐きやすい ・ 下痢しやすい

・アレルギー体質 () ・ その他 ()

■既往症

・今までにかかった病気について

心疾患 ・ 腎疾患 ・ 川崎病 ・ 先天性疾患 ・ ひきつけ (熱性けいれん・けいれん) ・ その他

・病気や事故等による入院 (ない ・ ある)

病名等 ()

いつ頃 ()

・経過

薬の処方 ない ある ()

■現在の健康状況

受診している病気 ない・ある()
 病 名()
 医療機関()

■健康の状況

1か月 要観察事項なし・あり()
 3～4か月 要観察事項なし・あり()
 6～7か月 要観察事項なし・あり()
 9～10か月 要観察事項なし・あり()
 1歳 要観察事項なし・あり()
 1歳6か月 要観察事項なし・あり()
 3歳 要観察事項なし・あり()
 ・健診で気になることを言われたことはありますか はい・いいえ
 ()
 ・発達、子育てについて相談したり、登園していた機関はありますか
 はい(施設名)・いいえ

■確認事項

身近な方で結核の既往のある方はいますか
 はい()・いいえ

■観察事項※保育園メモ

・歩行・言葉・動き・視線・理解力

■予防接種 接種・未接種(理由:
 母子手帳のコピーを添付