

## 一時預かり保育 利用登録・同意書

登録日	令和 年 月 日
氏名	

## ■登録するお子さんについて

名前	ふりがな	性別	
		男・女	
生年月日	令和 年 月 日生まれ ※登録時： 歳 カ月		
出生歴	第 子	血液型	型
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（物質名と症状： ） <input type="checkbox"/> 食物、どうぶつ、薬・その他アレルギーがあり、検査で陽性反応あり <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショックの経験： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 歳 カ月ごろ） <input type="checkbox"/> 検査はしていない、または陰性だったが控えている（控えている理由： ）		
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数：約 回（初回 歳 カ月ごろ・最後 歳 カ月ごろ）		
その他健康	現在、通院・経過観察中の病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒具体的に：	
	常用している薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒（1日回）疾患名 薬名：	
	既往歴など留意してほしいこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒具体的に：	
託児経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（託児経験： <input type="checkbox"/> 1回利用 <input type="checkbox"/> 2～5回利用 <input type="checkbox"/> 6回以上もしくは定期的に利用）		

## ■保護者について

保護者氏名 父	ふりがな	保護者氏名 母	ふりがな
ご住所	〒 ー		
主な登録目的 （該当項目 すべてに☑）	<input type="checkbox"/> 緊急時の備え <input type="checkbox"/> 保護者のリフレッシュ、息抜き <input type="checkbox"/> 保護者の用事等 <input type="checkbox"/> 保護者の就労や準備等 <input type="checkbox"/> こども園での生活や多様な経験をさせたいため <input type="checkbox"/> その他（ ）		

## ■緊急連絡先

連絡順	氏名（ふりがな）	続柄	性別	緊急連絡先
1			男・女	携帯： 自宅 or 勤務先：
2			男・女	携帯： 自宅 or 勤務先：
3			男・女	携帯： 自宅 or 勤務先：

## ■同意項目

- ・一週間前の登録時の提出書類がない場合は受入できません。
- ・行事等の理由また、午前7時に加東市に警報が発令された場合も受け入れをお断りする場合があります。
- ・37.5℃以上の熱がある場合には受入できません。また預かり中に発熱した場合は速やかにお迎えに来ていただきます。
- ・事前に「一時預かり保育利用申込書（別紙）」を提出し、利用料金は当日前払いとし、延長のあった場合はお迎え時に清算することとします（30分毎100円）。以上のことに同意いただいたうえで、一時預かりの利用登録を申し込みます。

令和 年 月 日

申込者

印

■ 登録するお子さんについて(2)

		氏名	
生活リズム	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0		
日常的な生活の様子をお聞かせください(睡眠は←睡眠→、食事は(母・ミ・食)など、遊び時間は←あそび→など)			
好きなあそび			
ミ ル ク	種類など	<input type="checkbox"/> ミルク(回数: 回/1日、量: cc/1回) <input type="checkbox"/> 牛乳が飲める	
	その他留意点	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶に慣れていない <input type="checkbox"/> 授乳間隔が不規則 <input type="checkbox"/> 飲みが進みにくい・時間がかかる	
食 事	段階	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食(回数: 回/1日、段階: <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了)	
	食べ方	<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自分で食べることができるが一部介助 <input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べることができる ( <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸(右・左))	
	その他留意点	<input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 食べムラがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅め <input type="checkbox"/> その他( )	
排 泄	オムツ/パンツ	<input type="checkbox"/> オムツ常時着用 <input type="checkbox"/> オムツ午睡・就寝時のみ着用 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ着用 <input type="checkbox"/> パンツ常時着用	
	トイレ(尿)	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でできる ( <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない)	
	トイレ(便)	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でできる ( <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない)	
午 睡	午睡の有無	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する (午睡時間: 時～ 時)	
	寝つき等	<input type="checkbox"/> すぐに眠る <input type="checkbox"/> 眠るまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅く途中で起きてしまう <input type="checkbox"/> 眠ることを嫌がる	
	ご家庭での午睡時の誘導	(例)抱っこでゆらゆら、添い寝でトントン、好きなタオルやおしゃぶりをもって寝る等	
体 質	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ言う <input type="checkbox"/> 咳がしやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血がしやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出やすい <input type="checkbox"/> 肌が弱い <input type="checkbox"/> 肘が抜けやすい(右・左) <input type="checkbox"/> その他( )		
言 葉	<input type="checkbox"/> 喃語(なんご) <input type="checkbox"/> 単語がでる <input type="checkbox"/> おとなの言葉に反応 <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 普通に会話ができる		
	<input type="checkbox"/> よくしゃべる <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> わかりにくい・どもる <input type="checkbox"/> 言葉が遅め <input type="checkbox"/> その他( )		
対 人	<input type="checkbox"/> 人見知りしない <input type="checkbox"/> 人見知りする (お友だちと: <input type="checkbox"/> 一緒にあそぶのが好き <input type="checkbox"/> 大人数は慣れていない <input type="checkbox"/> 手が出ることもある <input type="checkbox"/> 噛むことがある)		
散 歩	<input type="checkbox"/> 散歩・外あそびが好き <input type="checkbox"/> 外あそび(公園など)は慣れていない <input type="checkbox"/> 歩くのが苦手 <input type="checkbox"/> 手をつなぐことを嫌がる <input type="checkbox"/> 1人でもどこかへ行ってしまう <input type="checkbox"/> その他、気を付けて欲しいこと:( )		
成 長	<input type="checkbox"/> 首すわり( 月) <input type="checkbox"/> 寝返り(才 月) <input type="checkbox"/> おすわり( 才 月) <input type="checkbox"/> 自立歩行( 才 )		
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医療機関名:小児科: 整形外科:		
そ の 他	保育を利用するにあたって、心配なこと・配慮してほしいこと・伝えておきたいこと		