

平成30年度

## 一時保育事業利用者台帳

社会福祉法人みどり会 かのん保育園

申請日	年 月 日			登録番号			特記事項			
申請児童	氏名(フリガナ)		愛称	満年齢	生年月日	歳児		性別		
					年 月 日生	(4月時の年齢)	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・自転車・バス・電車・自家用車(車種: 色 ナンバー )									
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		連絡先電話番号			
		勤務先		勤務先住所			緊急時の連絡可否	勤務先電話番号		
							可・否			
	母名	生年月日	満年齢	勤務曜日	用事のある時間	園までの所要時間	連絡先電話番号			
		勤務先又は居所		勤務先又は居所の住所			緊急時の連絡可否	勤務先(等)電話番号		
							可・否			
	続柄	氏名	満年齢	生年月日	勤務先・学校・幼稚園等の名称・所属等			連絡先電話番号		
				・						
				・						
	祖母の状況	父方	祖父	年齢	健康	就労	同居・別居	住所	緊急時の連絡可否	連絡先電話番号
			祖母		良・否	有・無	同・別		可・否	TEL ( ) -
		母方	祖父		良・否	有・無	同・別		可・否	TEL ( ) -
祖母				良・否	有・無	同・別		可・否	TEL ( ) -	
希望保育	<input type="checkbox"/> 非定型保育(週3日以内) <input type="checkbox"/> 緊急保育(2週間以内) <input type="checkbox"/> リフレッシュ保育						申請理由 (非定型・緊急のみ)			
利用開始日	平成 年 月 日( )から			利用日	月・火・水・木・金			就労・出産 傷病・入院 看護・介護		
利用時間										
育児で困っていること(任意)										
本人写真		送迎者登録票								
	続柄									
	名前									
	連絡先									
	写真貼付 顔が鮮明な写真									

## 一時保育面接準備表

<b>面接日</b>	年 月 日 面接職員:		
<b>排泄</b>	布おむつ 紙おむつ トレーニングパンツ パンツ		
<b>食事</b>	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 お料理に使用
	食具	箸 スプーン・フォーク	手づかみ 介助
	摂取量	小食	普通 大食
<b>睡眠時間</b>	午睡	: ~ :	時間ぐらい
	夜	: ~ :	時間ぐらい
	入眠時の方法		
<b>遊び</b>	好きな室内		
	好きな室外		
身内以外の保育体験	なし ・ あり ( )		
<b>保育料</b>	通常	非課税世帯免除 <small>※非課税証明書をご提出下さい。</small>	生活保護世帯免除 <small>※保護証明書等をご提出下さい。</small>
<b>平熱</b>	℃		
<b>既往伝染病</b>	麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎・百日咳・その他( )		
<b>予防接種</b>	BCG ・ 三種(四種)混合I期1、2、3、II期 ・ MRI 期、II 期 ポリオ1、2 ・ 水痘 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 日本脳炎 Hib ・ 肺炎球菌 ・ その他( )		
<b>アレルギーの有無</b>	アトピー性皮膚炎	喘息	その他
	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり( )
<b>腕の脱臼</b>	なし ・ あり ( 回) 部位:		
<b>熱性痙攣</b>	なし ・ あり( 回)	歳 ヶ月 ℃	歳 ヶ月 ℃
		歳 ヶ月 ℃	歳 ヶ月 ℃
<b>入院歴</b>	なし ・ あり	病名:	入院期間
<b>手術歴</b>	なし ・ あり	病名:	
<b>かかりつけ医</b>	小児科	外科	その他( )
<b>備考</b>			

☆保険証・乳児医療証のコピーを裏に貼付して下さい。

園長	担任
----	----