

一時預かり利用申請書

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな				
児童の名前				
生年月日	年	月	日 (歳 ヲ月)	
ふりがな				
保護者氏名	(父)	(母)		
住所	〒			
緊急連絡先	(1)	名前	続柄	携帯番号
		メール		
	(2)	名前	続柄	携帯番号
		メール		
備考				

※ 裏面もご記入ください

※ 申請内容が変更になった場合は必ずお知らせください

※ 詳細は別紙「一時預かり利用について」を参照してください

発育歴

排泄	便の回数：1日（ ）回 時頃 状態： 普通 ・ かため ・ やわらかめ
	オムツ トレーニング中（状態 ） ・ パンツ自立
	オムツ使用の場合 （ 紙オムツ ・ 布オムツ ）
睡眠	添寝 （ する ・ しない ）
	就寝（ ）時 起床（ ）時
	午前睡眠（ する ・ [: ~ :] ・ しない ）
	寝つき（ 良い ・ 悪い ） 目覚め（ 良い ・ 悪い ）
清潔	手洗い（ ひとりできる ・ 手助けをすればできる ・ できない ）
着脱	ひとりできる ・ 手助けをすればできる ・ できない
既往歴	※ 過去に大きなけがや病気をされたことはありますか？（ある場合は具体的な病名・時期をご記入ください） はい ・ いいえ 麻疹（ 歳） 風疹（ 歳） 水痘（ 歳） 中耳炎（ 歳） 百日咳（ 歳） 肺炎（ 歳） 脱臼（ 歳） 流行性耳下腺炎（ 歳） その他： （ 歳） 現在の状況： 完治・内服中・定期受診中
	※ 現在治療中の病気やけがはありますか？ はい ・ いいえ （ある場合は具体的な病名やケガ、状況をご記入ください） 病名： かかりつけ病院名： （定期受診中・有症状時のみ） 園での注意点等あればご記入ください （ ） 症状出現時の園での対応があればご記入ください （家族へ連絡・救急車でかかりつけ医へ・その他 ）
	※ 現在使用しているお薬はありますか？ はい（内服薬・軟膏・吸入）・いいえ 使用状況（お薬名： 1日 回）
	※ 熱性けいれんの経験はありますか？ はい（処方あり・処方なし）・いいえ （はいの方）発熱時の園での対応があればご記入ください （家族へ連絡・救急車でかかりつけ医へ・その他 ） かかりつけ病院名：
※ アレルギーはありますか？ 食物・薬剤・接触（アルコール消毒・ラテックス） その他（ ）	
※ 脱臼を起こしたことはありますか？ 時期： 部位	
※ 妊娠中にかかった病気はありますか？（病名 ）	
その他	※ お子様の発達で不安な事や気になる点がありましたらご記入ください
	※ 宗教上、育児方針等での園生活上の制約がありましたらご記入ください
	※ 健康面において園に希望すること等ありましたらご記入ください