

一時保育利用登録票

スマイル保育園

登録年月日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童名		男・女	年 月 日	歳児クラス

保護者	ふりがな	続柄	ふりがな	続柄
	氏名			
住所	〒 _____			
電話番号		携帯電話		

家族構成

No.	氏名	年齢	続柄	勤務先・学校等の名称	電話番号
1					
2					
3					
4					

児童健康調査

1. 平熱を記入してください。 _____ °C
2. 今までにかかった病気、けががあれば記入してください。
(_____)
3. アレルギー、アトピー、喘息はありますか？ 【 あり ・ なし 】
ありの場合：症状、現在の内服薬、軟膏などあれば記入してください。
(_____)
*アレルギーの場合別紙記入あり
4. けいれんを起こしたことがありますか？ 【 あり ・ なし 】
ありの場合：その時の熱の有無、対処法、使用薬品名などを記入してください。
(_____)
5. 脱臼したことがありますか？ 【 あり ・ なし 】
ありの場合：起こした年月日、部位を記入してください。
(_____)
6. 園で注意してほしいこと、心配なことがあれば記入してください。
(_____)

一時保育利用申込書

スマイル保育園

一時保育事業の利用を下記により申し込みます。

令和 年 月 日

申請 保護者	ふりがな		続柄	ふりがな		続柄
	氏名			氏名		
	住所	〒				
	電話番号					

第① 緊急 連絡先	ふりがな		続柄	自宅・携帯・職場(会社名)
	氏名			電話番号
第② 緊急 連絡先	ふりがな		続柄	自宅・携帯・職場(会社名)
	氏名			電話番号
第③ 緊急 連絡先	ふりがな		続柄	自宅・携帯・職場(会社名)
	氏名			電話番号

お子様	ふりがな		性別	生年月日	年齢
	児童名		男・女	・	歳児クラス
	ふりがな		性別	生年月日	年齢
	児童名		男・女	・	歳児クラス
	ふりがな		性別	生年月日	年齢
	児童名		男・女	・	歳児クラス

事業職種	<input type="checkbox"/> 一時保育サービス事業(仕事)	<input type="checkbox"/> 緊急保育サービス事業	<input type="checkbox"/> 私的利用
希望理由	(1)就労 (2)職業訓練 (3)その他()	(1)疾病 (2)災害・事故 (3)出産 (4)看護・介護 (5)冠婚葬祭 (6)その他()	(1)リフレッシュ (2)その他()
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
利用日	月 火 水 木 金 土	日間	日間
利用時間	: ~ :	: ~ :	: ~ :

*①一時保育(仕事)・私的利用(育児による心身の負担軽減)は週1~3日以内

*②緊急一時保育(入院や冠婚葬祭)は原則1ヶ月以内

※保育時間確認	: ~ :	まで	【確認者: ()】
	利用日数	日	(この欄は保育園で記入します)

個人面接票(0歳～1歳児)

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 名前		男 ・ 女	第 子	年 月 日生	平熱: °C
歩行の 状態	1、ハイハイ 2、つかまり立ち 3、ひとり歩き 4、手をつないで歩ける				
乳汁 について	初乳(産後1週間までの母乳)…<1、与えた 2、与えなかった>				
乳汁の 種類	1、母乳のみ 2、母乳とミルク()ヶ月から 3ミルクのみ()ヶ月から 4、フォローアップミルク()ヶ月から				
ミルク	・メーカー()・品名()・乳首メーカー() ・乳首のサイズ(SMLY+) ・ミルクの温かさ(人肌・少し熱め・ぬるめ)				
食事	母乳・人口 一日 回 量(1回 cc)				
	離乳食(初・中・後・完) 普 一回の食事量(多い・普通・少ない)				
	食欲(ある・あまりない) 牛乳(飲む・飲んだことがない)				
	吐乳(吐きやすい・あまり吐かない・吐かない)				
	アレルギー()・なし				
	好きな物()嫌いな物()				
	その他()				
排泄	一日の便・尿の回数(便: 回)(尿: 回)				
	便の様子(軟らかい・普通・硬い)				
	トイレトレーニング(している・していない)				
	寝つき(良い・悪い)				
	午前寝(時間・しない) 午前(時間・しない)				
睡眠	寝るときの姿勢(横向き・うつぶせ・仰向け・その他)				
	寝るときのくせ()				
	その他()				
生活	好きなおもちゃ()				
	泣いた時の関わり()				
	集団生活(有… ・無)				
—特記—					

月 日 曜日 天気 ☀️ 🍀 🌿

家庭から		保育園から	
時刻 (時分)	時刻 (時分)	時刻 (時分)	時刻 (時分)
前夜		主食用(またはミルク)、副食用、その他	主食用(またはミルク)、副食用、その他
今朝			
食事 (量・内容)			
就寝 (時分)	起床 (時分)	午睡 (時分)	午睡 (時分)
良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪
水・軟・普・堅	水・軟・普・堅	水・軟・普・堅	水・軟・普・堅
有・無	検温	検温	検温
有・無	有・無	有・無	有・無
子どもの様子・連絡事項	子どもの様子・連絡事項	子どもの様子・連絡事項	子どもの様子・連絡事項
お迎え ()	お迎え ()	お迎え ()	お迎え ()
土曜日保育 あり・なし	土曜日保育 あり・なし	土曜日保育 あり・なし	土曜日保育 あり・なし

月 日 曜日 天気 ☀️ 🍀 🌿

家庭から		保育園から	
時刻 (時分)	時刻 (時分)	時刻 (時分)	時刻 (時分)
前夜		主食用(またはミルク)、副食用、その他	主食用(またはミルク)、副食用、その他
今朝			
食事 (量・内容)			
就寝 (時分)	起床 (時分)	午睡 (時分)	午睡 (時分)
良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪
水・軟・普・堅	水・軟・普・堅	水・軟・普・堅	水・軟・普・堅
有・無	検温	検温	検温
有・無	有・無	有・無	有・無
子どもの様子・連絡事項	子どもの様子・連絡事項	子どもの様子・連絡事項	子どもの様子・連絡事項
お迎え ()	お迎え ()	お迎え ()	お迎え ()
土曜日保育 あり・なし	土曜日保育 あり・なし	土曜日保育 あり・なし	土曜日保育 あり・なし

保育園児のアレルギー除去食に関する主治医意見書

児童名 _____ (男・女) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
診断名 _____

1. 除去が必要な食品名は以下のとおりです。

1		4	
2		5	
3		6	

2. 摂取した場合に出現する可能性のある症状は以下のとおりです。

《即時型反応》 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐・腹痛 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> 下痢 《非即時型反応》 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> 下痢 《その他》 <input type="checkbox"/> 未摂取のため不明
--

3. 摂取後に症状が出現した場合の対処法および緊急の対応は以下のとおりです。

- 保護者への連絡 救急搬送 エピペン接種
 その他(_____)

本意見書の内容については、令和 _____ 年 _____ 月末まで有効です。(最長1年)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病医院名

電話番号

医師名



(主治医記入)

令和 年 月 日

保育園長様

申請書

食物アレルギーがあるため、下記の対応を申請します。

1. 食物アレルギー除去食の対応

除去食品名	ラインコンタミネーション	除去食品名	ラインコンタミネーション
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

*ラインコンタミネーション

原材料としては使用されていなくても製造工程で混入する恐れがあるものです

2. エピペンの使用

治療を受けている医療機関のアレルギー除去食に関する主治医意見書を添付します。

児童名

保護者名

⑩
(保護者記入)