

提出日： 年 月 日

申込保護者氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり利用の申込みをします。

児童氏名		生年月日 (西暦)		親子写真
フリガナ	男 女	年	月 日	
児童の兄弟姉妹の年齢	才	才	才	
自宅住所				
自宅電話番号				
父	(氏名)	(年齢)	才	
	(携帯番号)			
母	(氏名)	(年齢)	才	
	(携帯番号)			
保育を必要とする理由 (○を付けてください。複数可) 就労・ 疾病 (診断名: ) ・ 求職 ・ 妊娠 出産 (出産予定日: ) 介護 看護 (どなたか: ) ・ その他 ( )				
入所希望月	年 月 から	希望時間	9:00~( : )	
		希望曜日	(希望する曜日に○) 月 火 水 木 金	
		その他 (週2どころでもなど)		

□ 父の状況

外勤	勤務先名	電話番号 ( )
	所在地	<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務
	勤務時間	平日 時 分から 時 分まで、土曜 時 分から 時 分まで
休日		曜日
自営	営業種目	屋号
	所在地	電話番号 ( )
	営業時間	時 分から 時 分まで、休日 曜日
その他	求職中又は他の状況.....	
	状況について・備考.....	
	必要時間	平日 時 分から 時 分まで、土曜 時 分から 時 分まで

□ 母の状況

外勤	勤務先名	電話番号 ( )
	所在地	<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務
	勤務時間	平日 時 分から 時 分まで、土曜 時 分から 時 分まで
休日		曜日
自営	営業種目	屋号
	所在地	電話番号 ( )
	営業時間	時 分から 時 分まで、休日 曜日
その他	求職中又は他の状況.....	
	状況について・備考.....	
	必要時間	平日 時 分から 時 分まで、土曜 時 分から 時 分まで

# お子さんについてご記入下さい

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日

## ♡ 健康状態

1. 食べものなどでアレルギー症状が出たことがありますか？ [ いいえ ・ はい ]

「はい」の方は、どんな症状ですか？また、アレルギー診断は出ていますか？

( 診断: あり ・ なし )

2. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？ [ いいえ ・ はい ( 今までに \_\_\_\_\_ 回 ) ]

「はい」の方は、どんな状態でひきつけましたか？また、最後のひきつけはいつですか？

( 最後のひきつけ \_\_\_\_\_ )

3. 脱臼をしたことがありますか？（「肘内障」と言われたことがありますか） [ いいえ ・ はい ]

「はい」の方は、(いつ) \_\_\_\_\_ (部位) \_\_\_\_\_ 右 ・ 左

4. 現在治療中、経過観察中の病気および、既往症がありますか？ [ いいえ ・ はい ]

「はい」の方は、病名をお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

5. 病気のことで治療や相談していた病院や施設、公共機関はありますか？ [ いいえ ・ はい ]

「はい」の方は、病名、症状をお書きください。

( 病名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ 施設名: \_\_\_\_\_ )

6. お子さんの発達のことと相談している病院や療育施設、公共機関はありますか？ [ いいえ ・ はい ]

( 相談内容: \_\_\_\_\_ 施設名: \_\_\_\_\_ )

7. 身体障がい者手帳・愛の手帳をお持ちですか？ [ いいえ ・ はい ]

## ♡ 健診受診状況

・1 か月児健康診査[受けた・受けていない]      ・9～10 か月健康診査[受けた・受けていない]

・3～4 か月健康診査[受けた・受けていない]      ・1 歳 6 か月健康診査[受けた・受けていない]

・6～7 か月健康診査[受けた・受けていない]      ・3 歳児健康診査[受けた・受けていない]

\*その時、相談したことや指導を受けたことはありますか？[ない・ある]

( \_\_\_\_\_ )