

月極申込書

平成 年 月 日

申込者 住所

氏名

印

電話番号

	氏名		生年月日	性別	
お子様の名前	ふりがな				
保育を希望する理由					
保育希望期間	平成	年	月	から	平成 年 月まで
希望保育時間	時	分	から	時	分 まで
保育園入所	<input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 待機中				
食事・午睡 (○をつけてください。)	午前おやつ	午後おやつ	昼食	夕食	午睡
家庭の状況	氏名	続柄	生年月日	連絡先	

ふりがな		住所	
お子様の名前			
生年月日	H 年 月 日 (才 か月)	電話番号	

家庭の状況

氏名	続柄	生年月日	性別	職業(勤務先)・学校	連絡先

緊急連絡先

氏名	続柄	電話番号	連絡先
①			
②			

かかりつけの病院

既往症

	病院名	電話番号	かかりやすい病気	アレルギー等
内科				
外科				
その他				

予防接種

種類	接種状況		種類	接種回数		接種状況	
	受けた	かかった		受けた	かかった	受けた	かかった
BCG			三種混合		1回目		
ツベルクリン			破傷風	第1期	2回目		
麻疹			ジフテリア		3回目		
風疹			百日咳	第2期			
おたふくかぜ			日本脳炎				
水ぼうそう			ポリオ				

保育を必要とする理由をご記入ください。

個人記録票

離乳	離乳食の時期	初期	中期	後期	完了	幼児食
	離乳食回数	回		離乳食の量	多い	普通 少ない
	ミルク・母乳	1日	回	量	1回に	cc
食事	好きな食べ物			嫌いな食べ物		
	食事の回数	回		食事の量	多い	普通 少ない
排泄	おむつ	必要	不要	排泄を知らせる	言葉	表情
	ひとりできる	できる		できない		
睡眠	昼寝の時間	:	~	:	寝つき	良い 悪い
	寝るときの癖			姿勢		
運動	○をつけてください	寝返り	首がすわる	はいはい	つかまり立ち	
言葉	話す	はっきり言える	あかちゃん言葉	喃語		
	聞く	簡単な言葉がわかる	大体の言葉がわかる	その他		
性格	○をつけてください	人見知り	優しい	頑固	内気	活発
	その他	よく泣く	よく笑う	わがまま		
体質	○をつけてください	ひきつけ	ぜんそく	アレルギー体質	便秘	下痢
	その他					

*保険証・受給者証のコピーを貼ってください。

食物アレルギー確認票

お子様の名前 _____

生年月日 _____ (_____ 才 _____ か月)

記録者名 _____ 続柄(_____)


お子様のアレルギーの有無についてお知らせください。
該当するものに○をつけてください。

- 食物アレルギーが(ある ない)
- アレルギーのある食品について教えてください。
(卵 牛乳 小麦粉 大豆 ごま えび・かに 果物)
その他 (_____)
- 詳しく教えてください。

例 卵…卵の入っているお菓子なども食べれない

- 注意しておくことはありますか。

緊急連絡カード

平成23年度	 緊急連絡カード		
お子様の名前			
生年月日	H 年 月 日	(才 か月)	
自宅・住所			
自宅・電話			
①氏名	()	携帯	
勤務先		TEL	
②氏名	()	携帯	
勤務先		TEL	
保険証種類		番号	
かかりつけ病院		TEL	
		TEL	
アレルギー	有・無 ()		

■記入例

平成23年度	 緊急連絡カード		
お子様の名前	海野 かもめ(うみの かもめ)		
生年月日	H20年7月20日	(3才 1か月)	
自宅・住所	静岡市葵区〇〇町2-2-1		
自宅・電話	054-000-0000		
①氏名	海野 洋子 (母)	携帯	090-0000-0000
勤務先	〇〇物産	TEL	054-000-0000
②氏名	海野 太平 (父)	携帯	090-0000-0000
勤務先	〇〇建設工業	TEL	054-000-0000
保険証種類	社会保険	番号	記号00000番号00000
かかりつけ病院	〇〇こどもクリニック	TEL	054-000-0000
	〇〇総合病院 小児科	TEL	054-000-0000
アレルギー	有・無 (卵アレルギー)		