

# 一時保育・定期利用保育 利用登録申請書

個人情報  
取扱注意

社会福祉法人 陽光福祉会

太陽の子保育園

※保育園使用欄	登録日	令和	年	月	日	NO		ID	
---------	-----	----	---	---	---	----	--	----	--

児 童	ふりがな					生年月日	年	月	日	性別	女	血液型	型
	氏名					年月日	(	歳	)	性別	男	血液型	
	愛称		きょうだい	第	子	集団生活の経験	無・有 (施設名など)						
	住所(住民票に記載されているもの)					(電話)							
※羽村市に出生するため里帰りしている場合、里帰り先の住所			羽村市					里帰り先の世帯主名					

保護者	氏名	(続柄)				氏名	(続柄)					
	生年月日	(年齢)				生年月日	(年齢)					
	携帯電話					携帯電話						
	勤務先	名称	市区町村名				勤務先	名称	市区町村名			
	電話						電話					

保護者・登録児童以外の同居家族	氏名	年齢	続柄	通学・通勤先等	氏名	年齢	続柄	通学・通勤先等

その他の連絡先	氏名	児童との関係	住所	電話番号	携帯電話
	①				
	②				

ご利用の理由	1 就業・職業訓練 2 通学 3 看護・介護 4 通院 5 PTA・学校行事 6 出産・傷病 7 災害・事故 8 冠婚葬祭 9 慣らし・体験保育 10 リフレッシュ 11 その他
--------	---

保護者の方以外で送迎をなさる方	関係 氏名	関係 氏名
-----------------	-------	-------

※保育園使用欄

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

成育歴	出生時体重	g                      w                      d			出生時の状況	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ その他		
	ミルク	母乳 ・ 人工乳 ・ 牛乳 ・ その他(                      ) 1回                      cc						
	食 事	現在の食事						
		量	多 ・ 普 ・ 少	特に好きな食べ物				
				嫌いな食べ物				
	じんましん・アレルギー							
睡 眠	寝る時	ひとり ・ 添い寝 ・ だっこ ・ おんぶ						
	寝るときのクセ				昼寝時間			
排 泄	紙オムツ ・ 布オムツ ・ 紙パンツ ・ 布パンツ ・ トイレトレーニング							
かかりつけ 医療機関	①	診療科			医院名			
	②	診療科			医院名			
医療歴	予防接種のすんでいるものに○印をつけてください。							
	ツベルクリン ・ BCG ・ MR(はしか・風疹) ・ 四種混合 ・ 水ぼうそう ・ 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) 肺炎球菌 ・ ヒブ ・ ロタ ・ インフルエンザ ・ B型肝炎 ・ その他(                      )							
	かかったことのある病気に○印をつけてください。							
	はしか ・ 風疹 ・ おたふく風邪 ・ 水ぼうそう ・ 中耳炎 ・ 鼻炎 ・ 脱臼 熱性けいれん(生後                      か月) ・ 突発性発疹 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 その他(                      )							
該当するものに○印をつけてください。								
皮膚がかぶれやすい ・ 熱が出やすい ・ 鼻血が出やすい ・ 下痢をしやすい								

その他、園に伝えたいことがありましたらご記入ください。

-----

-----

-----

-----