

第一様式

No.

令和3年度 一時保育利用申込書

令和 年 月 日

お一ごえ保育園
園長 杉山 豊 あて

次のとおり、一時保育の利用を申し込みます。

※ 歳児

| | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------------|----------|---|---|---|
| 児童 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生 年 月 日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | 緊急連絡先① () | | — — | | | |
| | | 緊急連絡先② () | | — — | | | |
| 児童について特に心配な事柄 発達・アレルギー・病気等 なし・あり (ありの場合は内容を記入) | | | | | | | |
| かかりつけの病院 | | 小児科 | | | | | |

児童の家族状況(令和3年4月1日時点) ※上記の児童以外をご記入ください。

| 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 続柄 | 勤務先/学校等 |
|-------|-----------------|----|-----|----|---------|
| | S H R . . | | 男・女 | | |
| | S H R . . | | 男・女 | | |
| | S H R . . | | 男・女 | | |
| | S H R . . | | 男・女 | | |
| | S H R . . | | 男・女 | | |
| | S H R . . | | 男・女 | | |

加入傷害保険

| 種類 | 加入年月日 | 有効期限 | 金額 | ※領収日 | 備考 |
|-------------------------------|-------|-----------|--------|-------|----|
| <input type="checkbox"/> 年度払い | 年 月 日 | 令和4年3月31日 | 1,000円 | 年 月 日 | |
| <input type="checkbox"/> 月払い | 年 月 日 | 年 月 日 | 400円 | 年 月 日 | |

| |
|----|
| 備考 |
|----|

生活状況調査票(一時保育)

記入日: 年 月 日

おーごえ保育園

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|--|----------|
| ふりがな | | | 生年月日 | 性別 | 申込み現在の年齢 |
| 児童名 | H・R | | 年 月 日 (第 子) | 男・女 | 歳 か月 |
| 出生時 | 出産状況 | 普通・早産・帝王切開・難産 | 妊娠期間 | 週 | |
| | | 特記事項() | 体重 | g | 身長 |
| 日常生活リズム | ◆おおよその1日の生活の流れを記入してください。(睡眠、食事、ミルク〇〇cc、遊び・・・など) | | | | |
| | 0時 | 6時 | 12時 | 18時 | 24時 |
| 罹患歴 | <input type="checkbox"/> けいれん(熱性・その他) ある→__回(直近: __年 __月頃) かかりつけ医() | | (備考) | | |
| | <input type="checkbox"/> 脱臼 しやすい→ 部位_____ かかりつけ医() | | | | |
| 体質 | <input type="checkbox"/> アレルギー アレルゲン→_____ 症状() かかりつけ医() | | <input type="checkbox"/> ぜんそく かかりつけ医() | | |
| | <input type="checkbox"/> アトピー体質 かかりつけ医() | | <input type="checkbox"/> 乾燥肌 <input type="checkbox"/> 水いぼがある <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい | | |
| 発育・生活習慣 | 歩行 | <input type="checkbox"/> ひとり歩き <input type="checkbox"/> 歩けるが不安定 <input type="checkbox"/> つかまり立ち・つたい歩き <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 授乳 | <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルクのみ(量: cc/ 約 時間おき) | | | |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自分で食べる(手づかみ/スプーンやフォークを使う) <input type="checkbox"/> コップで飲める <input type="checkbox"/> ストローで飲める | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう(好きな食べ物: _____ 嫌いな食べ物: _____) | | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> トイレでできる(大/小) <input type="checkbox"/> できないが知らせる(大/小) <input type="checkbox"/> おむつ使用 | | | |
| | 睡眠(午睡) | <input type="checkbox"/> ひとりで横になる <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| <input type="checkbox"/> 普通の午睡のようす() | | | | | |
| 言葉 | <input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 片言・身ぶりなどで表現できる <input type="checkbox"/> 話せないが大人の言うことがわかる | | | | |
| 家庭での呼び方 | | 利き手 | | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> わからない | |
| 保育で気をつけて | ほしごと | | 保護者から見た | [性格] | |
| | | | | [好きな遊び・おもちゃ] | |
| | | | | [くせ・お気に入りのものなど] | |

記入日： 年 月 日

おーごえ保育園 給食チェック表（一時保育）

名前 _____

生年月日 H・R 年 月 日

(年齢 歳 か月)

◆各項目を記入、もしくは○をつけてください。

| 確認事項 | | | | | | |
|---------------|----------------|--------------------------------|---------------|------|------|------|
| 食物アレルギー | なし ・ あり [食材…] | | | | | |
| 食事形態 | 段階 (いずれかに○) | ごはん | パン | 揚げ物 | 生乳 | |
| | 離乳食後期 | 奥の歯ぐきで つぶせるかたさ (バナナくらい) | おかゆ・軟飯 | 可・不可 | / | |
| | 離乳食完了期 | 歯ぐきで噛める かたさ (肉団子くらい) | おかゆ・軟飯 ごはん | 可・不可 | 可・不可 | 可・不可 |
| | 幼児食 | 子どもが食べやすい 大きさ・かたさ 薄めの味つけ | | | | 可・不可 |
| その他 伝えたいこと | (離乳食初期・離乳食中期等) | | | | | |

〈参考〉 特定原材料7品目…卵・牛乳・小麦・落花生・えび・かに・そば
 特定原材料に準ずるもの…いくら・キウイフルーツ・くるみ・大豆・バナナ・
やまいも・カシューナッツ・もも・ごま・さば・
さけ・いか・鶏肉・りんご・まつたけ・あわび・
オレンジ・牛肉・ゼラチン・豚肉

※下線は特に園で多く使用するもの。

- おやつは1歳（離乳完了期以降）から食べていただけます。
牛乳（生食）は、1歳をすぎたら少量ずつご家庭で試していただき、体調に問題がなければ園でも提供します。
- 月齢により、ベビーせんべい、ウエハース、カップゼリーなどにおやつを変更する場合があります。
- 園の給食は、基本的に薄味でやわらかめにしています。