様式第１号（第９条関係）

（表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 登録番号 |  |

一時保育利用登録申込書

年　　月　　日

　　　（あて先）（社福）三鷹市社会福祉事業団　理事長

申込者　住所

氏名

電話　　　　　　（　　）

児童との続柄

　　次のとおり、利用登録の申込みをします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用登録する施設 | | | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| 登録児童 | 氏　名 | | | 愛　称 | 性　別 | 生年月日 |
| ふりがな | |  |  | 男・女 | 年　　月　　日 |
|  | |  |  |
|  | |  |  | （　　　歳　　箇月） |
| 児童の兄弟姉妹 | | 名前  歳 | 名前  歳 | | 名前  歳 |
| 通所施設名 | | 電話　　　　（　　　） | | | |
| かかりつけ医 又は病院 | | 電話　　　　（　　　） | | | |
| 健康保険証 | | 記号　　　　　　　番号　　　　　　　保険者番号 | | | |
| 保護者 | 氏名① | （　　　歳）（続柄： 父 ・ 母 ・ その他　　　　　） | | | | |
| 氏名② | （　　　歳）（続柄： 父 ・ 母 ・ その他　　　　　） | | | | |
| 住所 | **〒**  　　　自宅電話　　　　　　（　　　　） | | | | |
| 緊急の 連絡先 | （父・母・その他　　　　　　　）携帯電話　　　　　（　　　　） | | | | |
| 勤務先  勤務先電話　　　　（　　　　） | | | | |
| （父・母・その他　　　　　　　）携帯電話　　　　　（　　　　） | | | | |
| 勤務先  勤務先電話　　　　（　　　　） | | | | |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | 登録番号 |  |
|  | |  | | | |  |  |
| 一時保育  利用登録時健康調査書 | | | | ※該当するものを○で囲むか、又は記入してください。 | | | |
| 現在まで の保育歴 | ※どなたが保育していましたか？  　　　　歳　　箇月から　　　歳　　箇月まで　　　　　　　　　　　　　　　が保育していた | | | | | | |
| 妊娠 分娩 | ・妊娠中の状態：正常・異常（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・分娩時の状態：正常・異常（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・出産病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ・在胎数　　　週・出生時体重　　　ｇ・身長　　　㎝・頭囲　　　㎝・胸囲　　　㎝ | | | | | | |
| 栄養 | ・母乳：混合・人工　　　　・離乳食：開始（　　　　　）箇月・完了（　　　　　）箇月 | | | | | | |
| 発達 | ・首のすわり（　　　）箇月　・寝返り（　　　）箇月　　・お座り（　　　）箇月  ・はいはい（　　　）箇月　　・伝え歩き（　　　）箇月　・歩行開始（　　　）箇月  ・かた言（　　　）箇月　　　・歯の生え始め（　　　）箇月 | | | | | | |
| 今までにかかった病気 | ・突発性発疹（　　　　歳）  ・風疹（三日ばしか）（　　　　歳）  ・麻疹（はしか）（　　　　歳）  ・中耳炎（　　　　歳）  ・気管支ぜん息（　　　　歳） | | | | ・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）（　　　　歳）  ・水痘（みずぼうそう）（　　　　歳）  ・肺炎（　　　　歳）  ・ひきつけ、けいれん（　　　　歳）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| お子さんの体質で当てはまるものに○をしてください | ・アレルギーがある（内容を記入⇒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・しっしんがある　　　・じんましんが出やすい  ・下痢しやすい　　　　・便秘しがち　　　　・鼻血が出やすい  ・風邪をひきやすい　　・よく熱を出す　　　・扁桃腺がはれやすい  ・吐きやすい　　　　　・化膿しやすい　　　・腕がはずれたことがある  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ※手術をしたことがあったり、現在治療中の病気がある場合は記入してください。 | | | | | | | |
| ・平熱は（　　　　　　　度）くらい | | | ・かかりつけの病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 備考 | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | 受付　　　　・　　　　・ | | | | |  |