

保育申込書

月 極 谷 (昼・夜) ・ 天 (昼・夜)
 一 時 年 月 日

●別紙各事項を確認のうえ、これを厳守することを誓約し、次のとおり保育を申し込みます。

園 児	フリガナ				性別	主に送迎する人の写真 A	主に送迎する人の写真 B
	氏名				男・女		
	呼び名		血液型	型			
	生年月日	平成 年 月 日生 (才 ヶ月)					
	自宅住所	〒					
電話番号	— — 【 自宅 ・ () 携帯 ・ 呼出 (様方) 】						
当園までの主な送迎方法		①徒歩 分 ②自転車 分 ③車 分 ④電車 () 分					

父	フリガナ				生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	氏名				携帯電話	— —	
					E-mail	@	
	勤務先	会社名			職種		
	住所	〒				TEL	— —

母	フリガナ				生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	氏名				携帯電話	— —	
					E-mail	@	
	勤務先	会社名			職種		
	住所	〒				TEL	— —

(他 同居者 全 員) 家族	氏名	性別	続柄	年齢	送迎の有無

保護者に代わる 連絡先	フリガナ				園児との続柄 ()		
	氏名				携帯電話	— —	
					TEL	— —	
	自宅住所	住所	〒				
勤務先	会社名			職種			
	住所	〒				TEL	— —

緊急連絡先 (優先順) ※勤務先名称や部署、携帯なら持ち主名が分かるように記入 (例) 母携帯、父勤務先、祖母自宅など

①	TEL	—	—
②	TEL	—	—
③	TEL	—	—

※本申込書の記載事項については目的外に使用いたしません。

会員No.	月極入園日	年	月	日	一時・初回利用日	年	月	日
-------	-------	---	---	---	----------	---	---	---

けんこうのきろく

園児発育歴			
出産歴	第()子	発達の様子	首の座り()ヶ月
出生時	安産・帝王切開・早産()ヶ月		歩行開始()才()ヶ月
	体重()g 身長()cm		発言()才()ヶ月
栄養の様子	母乳()ヶ月まで・混合・人工	健康状態	丈夫・普通・病気をしやすい
	離乳開始:()ヶ月 完了:()才()ヶ月		
既往症(感染症)	()麻疹 ()風疹 ()水痘 ()突発性発疹 ()百日咳 ()とびひ ()流行性耳下腺炎(おたふく) ()手足口病 その他()		

予防接種実施年月日 *母子手帳を確認の上、ご記入ください。										
ツベルクリン	ポリオ	三種混合	日本脳炎	BCG	麻疹	風疹	水痘	インフルエンザ	おたふく	その他
(+・-)										

かかりやすい病気 *○を付ける、またはご記入ください。						
脱臼()	かぜ	肺炎	下痢	ヘルニア		
ひきつけ()	気管支炎	中耳炎	自家中毒	その他		
ぜんそく	扁桃腺炎	便秘	急性消化不良症()			
目の様子	() 異常なし	耳の様子	() 異常なし	鼻喉の様子	() 異常なし	
	() 近視		() 耳だれが出る		() 常に水鼻が出ている	
	() 斜視		() 聞こえにくい		() 常に口を開けている	
	() 目やにが出る				() いびきをかく	
	() 目が赤くなる					
体質の異常	・アレルギー性鼻炎 ・アトピー性皮膚炎 ・じんましん ・食物アレルギー() ・その他()					
現在かかっている病気・ケガ	無・有()					
平熱	度分					

基本的な生活習慣 *保育の参考のためにご記入ください。			
食事	授乳中の方	授乳間隔()時間 一回量()ml	*自宅付近図*
	離乳中の方	分量()g やわらかさ()	
	食事量	大食・普通・小食	
排泄	一人で排泄 はいているのは?	できる・できない オムツ・紙パンツ・パンツ	
睡眠	家での就寝時間 寝る時のクセ	()時頃	
備考	*気になる点や気をつけてほしい事があれば記入してください。		