

## 利用申込補助票(1)

### 1 申請児童の状況

ふりがな 児童名	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 ( 歳 月 )
愛称: _____			
保 育 状 況	1. 自宅でみている 保育者名 _____ 児童と続柄 _____ 2. 次のところに預けている 保育者または保育所名 _____ 住所 _____ いつから _____ Tel (        ) _____ 保育時間 午前 :     ~ 午後 :     まで 月額保育料     円 3. その他 _____		
健 康 状 況	1. 身長 _____ cm    体重 _____ kg    平熱 _____ °C 2. 病歴 ( 無・有 ) 病名 _____ (     年     月頃 ) 入院歴 ( 無・有 )     _____ 年 月 日 ~     年 月 日 その後の経過 _____ _____ 3. アレルギー体質 ( 無・有 )    症状・除去食等 _____ _____ _____		
そ の 他	1. くせ・好きな遊び _____ _____ 2. 食事の状況    ミルク    ・牛乳    ・離乳食 ( 前期 中期 後期 ) ・普通食 3. かかりつけの医者 _____ 医院・病院 住所 _____ Tel (        ) _____		
緊 急 連 絡 先			
連絡先① 連絡先名: 続 柄: 電話番号:	連絡先② 連絡先名: 続 柄: 電話番号:	連絡先③ 連絡先名: 続 柄: 電話番号:	

## 利用申込補助票(2)

### 2.世帯の状況

区分	氏名 <small>ふりがな</small>	続柄	生年月日	年齢	健康状態	就学・通学先名等	生活保護の状況
家族構成	1	世帯主					受けている
	2						
	3						受けてない
	4						
	5						
	6						

### 3.保護者の状況

		母親の状況	父親の状況	
働いている場合	労働形態	常勤・パート・自営(自宅・自宅外) 内職・就職内定	常勤・パート・自営(自宅・自宅外) 内職・就職内定	
	事業所	名称		
		住所 電話	( )	( )
	就労年月日	年 月 日	年 月 日	
	仕事の内容			
	就労日数	1か月平均 日	1か月平均 日	
	就労形態	曜日	月・火・水・木・金・土・日	月・火・水・木・金・土・日
		時間	午前 時 分から 午後 時 分まで	午前 時 分から 午後 時 分まで
	通勤時間	時間 分	時間 分	
	働いていない場合 (項目に○印)	通院・看護・介護・求職中・その他 (内容)	通院・看護・介護・求職中・その他 (内容)	
市民税課税状況 (当該年度分)	有 ・ 無	有 ・ 無		
(備考)				

# 健康記録表

児童名		男・女	平成	年	月	日生
妊娠・出産状況	妊娠中の状態	正常	異常			
	お産の時の状態	正常	異常 (吸引分娩・鉗子分娩・仮死・帝王切開)			
	妊娠期間	( 週	日 )			
	出生時の体重	( g)	早産	週	保育器	日黄疸 ( 普通・強 )
	出生時の身長	( cm)	胸囲	( cm)	頭囲	( cm)
栄養について	・母乳 か月まで ・人口乳(ミルク) か月から か月まで ・離乳食について 開始 か月 完了 か月 ・離乳時期に気がかりなことがありましたか。					
	・ベビーフードは使いましたか。 はい ( ) ・いいえ					
	・食事について気になることがありますか。(偏食・小食・肥満・早食い・噛めない等)					
今までかかった病気について	病名	年齢(歳)	病名	年齢(歳)	病名	年齢(歳)
	麻疹(はしか)		風しん		肺炎	
	水痘(水ぼうそう)		百日咳		ぜんそく	
	おたふくかぜ		突発性発疹		心臓病	
	今までに入院したことがある病気やケガを受けた手術などありましたらご記入ください。 (疾患名) (病院名) 日間入院					
その他かかった病気がありますか、または大きなケガをしたことがありますか。						
健康診査について	今までに受けた健康診査や育児相談をご記入ください。異常がなかった場合も記入してください。					
	受けた健診	年月日	その時に言われたこと	受けた健診	年月日	その時に言われたこと
	1か月児			1歳6か月		
	3~4か月児			3歳児		
	6~7か月児			4歳児		
9~10か月児			5歳児			
お子さんの朝の体温はいつも何度ですか						
度 分						
かかりつけの医療機関はありますか。 医院/病院名						

今までの保育	今まで保育にあっていた方はどなたですか。○で囲んでください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家庭の保育 ( 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他 ( ) )</li> <li>・ 集団の保育 ( 保育園名 〇 )</li> </ul>
--------	--

・ 現在お子さんのことで心配なこと、相談したいことがありますか。

ない

ある (なるべく詳しく書いてください)

	ワクチン名	接種年月日 (例: H26. 11. 1)			
予 防 接 種	インフルエンザ菌b型 (Hib)	1回	2回	3回	(追加)
	小児肺炎球菌	1回	2回	3回	(追加)
	ジフテリア 百日咳 破傷風 ポリオ (4種混合)	1回	2回	3回	(追加)
	BCG	1回			
	麻しん風しん (MR)	1回	2回	(追加)	
	日本脳炎	1回	2回		
	水痘 (水ぼうそう)	1回	2回		
	おたふくかぜ	1回	2回		
	B型肝炎	1回	2回	3回	
	インフルエンザ	1回	2回	1回	2回
		1回	2回	1回	2回
		1回	2回	1回	2回
	ロタ1価 (5価)	1回	2回	(3)	
	その他のワクチン	1回	2回	3回	4回
	ポリオ (不活化)	1回	2回	3回	4回
	1回	2回	3回	4回	
	1回	2回	3回	4回	

当てはまるものに○印を付け、必要事項を記入してください。

		肥満	喘息	アレルギー体質 (症状)	熱性けいれん	今までどんな病気を しましたか	現在どんな病気にかかっていますか
家庭の体質及び健康	父						
	母						
	兄弟姉妹等						

その他

		次のことにお答えください。		
		1	「首のすわり」はいつごろでしたか・	( ) か月頃
		2	「ねがえり」はいつごろでしたか・	( ) か月頃
		3	「おすわり」はいつごろでしたか・	( ) か月頃
		4	ハイハイしはじめたのは、いつごろでしたか・	( ) か月頃
		5	つかまり立ちしたのは、いつごろでしたか・	( ) か月頃
		6	指で小さいものをつかめますか・	はい - いいえ
		7	名前を呼ばれたらわかりますか・	はい - いいえ
		8	一人歩きを始めたのはいつごろでしたか・	( ) か月頃
		9	マンマ・プー・パパ・ママなどの言葉を一つでも話します	はい - いいえ
		☆		
		10	おしっこをしたい時、教えますか・	はい - いいえ
		11	自由に歩いたり、走ったりしますか・	はい - いいえ
		12	「あれなーに」「これなーに」とよく尋ねますか・	はい - いいえ
		☆		
		13	自分の名前が云えますか・	はい - いいえ
		14	スプーンや箸を使って一人で食べますか・	はい - いいえ
		15	クレヨンなどで1つの丸(○)を描きますか・	はい - いいえ
		16	お友だちと遊びたがりますか・	はい - いいえ
		17	手を使わずに一人で階段を昇れますか・	はい - いいえ
		18	おしっこを一人でできますか・	はい - いいえ
		19	ボタンを一人ではめることができますか・	はい - いいえ
		20	飛び下りたり、ケンケンができますか・	はい - いいえ
		次の中から当てはまる番号に○をつけてください。		
体 質 と く せ い	1	風邪をひきやすい		
	2	のどがゼロゼロする		
	3	扁桃腺が腫れやすい		
	4	湿疹が出やすい		
	5	耳だれがある		
	6	食べ物でじんましんが出る(卵・牛乳・小麦・他	( )	
	7	薬を飲んだ後じんましんが出たことがある(薬の名前	( )	
	8	今まで医師から一度でも「心臓がわるい」「心雑音がある」「脈が乱れている」「川崎病」 等言われた事がある		
	9	口内炎がしやすい		
	10	化膿しやすい		
	11	虫さされのあとがひどく腫れる		
	12	下痢しやすい・便秘しやすい		
	13	食べたものを吐きやすい		
	14	ひきつけ・けいれんをおこしたことがある (	歳の時	熱 °C)
15	よく熱をだす			
16	鼻血を出しやすい			
17	唇・指先・足先が紫色になったことがある			
18	腹痛をよくおこす			
19	指しゃぶり・爪かみをする			
20	性器をいじる			
21	肘が抜けたことがある (	右・左	歳の時 回)	
22	その他のくせ (		)	

一時保育の利用理由をご記入下さい。

- 例えば
- ・ 歯科に通院中の為、週1回程度利用希望
  - ・ 就労の為、ランダムに利用希望
  - ・ リフレッシュで月2回程利用希望
  - ・ 冠婚葬祭の時のみ利用希望                      など

該当することがあればチェックしてください。（減免対象になります）

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 市内在住の多子軽減世帯 | <input type="checkbox"/> 里親委託されている        |
| <input type="checkbox"/> 被保護世帯       | <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給世帯       |
| <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯    | <input type="checkbox"/> 第3子以降の児童および多胎児児童 |
| <input type="checkbox"/> 年収360万未満世帯  |   |

※頂戴した個人情報は、守秘義務に基づき一時保育にのみ使用致します。