

わんぱくキッズホーム

月ぎめ・一時預かり・病後児保育利用登録申込書

登録日	年 月 日
園児氏名	
登録番号	

※希望する保育サービスに○をつけてください。

■ 登録・利用するお子さんについて (1)

児童氏名	ふりがな	愛称	性別	写真
			男・女	
生年月日	西暦 年 月 日 生まれ 登録時 歳 ヶ月			
出生暦	第 () 子 早産 () ヶ月早産			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (物質名と症状:) <input type="checkbox"/> 食物、動物、薬、その他アレルギーがあり、検査で陽性反応あり <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショックの経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (歳 ヶ月ごろ) <input type="checkbox"/> 検査はしていない、または陰性だったが控えている。			
熱性痙攣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数: 回 (初回 歳 ヶ月ごろ・最後 歳 ヶ月ごろ)			
その他健康	現在、通院・経過観察中の病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)		
	常用している薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (1日 回) 疾患名: 薬名:		
	既往症など留意してほしいこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)		
託児経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (託児経験: <input type="checkbox"/> 1回利用 <input type="checkbox"/> 2~5回利用 <input type="checkbox"/> 6回以上もしくは定期的に利用 備考			

■ 保護者について

申込者氏名	<input type="checkbox"/> (お子さんとの続柄:)			
住所	〒 -			
緊急連絡先 (電話)				
緊急連絡先 (メール)				
主な登録目的 (該当項目にすべて チェック)	<input type="checkbox"/> 緊急時の備え <input type="checkbox"/> 親のリフレッシュ・息抜き <input type="checkbox"/> 親の冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 親のサークル、習い事 <input type="checkbox"/> 親の就労 <input type="checkbox"/> 親の就労準備・職業訓練・通学 <input type="checkbox"/> 親の通院・疾病のための療養 <input type="checkbox"/> 兄弟の行事やPTA活動など <input type="checkbox"/> 兄弟の通院療養 <input type="checkbox"/> 子どもに集団生活や多様な経験をさせたいため <input type="checkbox"/> その他 ()			
個人情報公開 (該当項目にすべてに チェック)	<input type="checkbox"/> 運営事務書類に名前を記載すること <input type="checkbox"/> 荷物箱・下駄箱に名前シールを貼ること <input type="checkbox"/> 登園簿・降園簿へ名前を記入すること <input type="checkbox"/> 子どもさんに作品を掲示する際に名前を記入すること <input type="checkbox"/> 記録・広報用に保育時の写真やビデオ撮影すること			

■ 緊急連絡先

順位	氏名 (ふりがな)	続柄	性別	緊急連絡先
1			男・女	(携帯) (自宅)
2			男・女	(携帯) (自宅)
3			男・女	(携帯) (自宅)

