

泉崎保育所乳児等通園支援事業利用者登録及び利用申込書

令和 年 月 日

泉崎保育所長 様

乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）の利用を次のとおり登録利用申込ます・

申 込 者 (保 護 者)	住 所	泉崎村大字 字		
	氏 名		主な送迎者	<input type="checkbox"/> 申込者(保護者)と同じ
	児童との続柄		児童との同居	同居 ・ 別居
	電話番号		勤務先	
	申込者の属性 ※属性が複数該当する場合は、主な属性に記入	<input type="checkbox"/> 専業主婦（夫）がおられる家庭 <input type="checkbox"/> 短時間就労もしくは不定期に就労しているご家庭 <input type="checkbox"/> 育児休業取得中のご家庭 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
利 用 児 童	住 所			
	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	令和 年 月 日（ 歳 か月）		
緊急連絡先① <input type="checkbox"/> 申込者(保護者)と同じ	氏 名		連絡先①	
	児童との続柄		連絡先②	
緊急連絡先② <input type="checkbox"/> 申込者(保護者)と同じ	氏 名		連絡先①	
	児童との続柄		連絡先②	
確認事項 該当する項目に ✓してください	認可保育園、幼稚園、認定こども園、小規模保育事業所、事業所内保育事業所及び企業主導型保育施設への入所状況（これらの施設に入所している場合、この制度は利用できません。） <input type="checkbox"/> 入所していません <input type="checkbox"/> 入所申請中です。（ 年 月 日から利用希望） <input type="checkbox"/> 入所申請中ですが、現在保留中です。 <input type="checkbox"/> 入所が内定・決定しています。（入所予定 年 月 日）			

【面接票】

児童の氏名	記入日	令和 年 月 日	
① 今まで病気で入院や大きな怪我をしたことがありますか。 はいの場合、病気・怪我の内容等 ()	はい	いいえ	
② 今までひきつけを起こしたことがありますか。 はいの場合（回数 回、 時期 、当時の体温 ()	はい	いいえ	
③ 今までに脱臼をしたことがありますか。 はいの場合（脱臼の箇所： ()	はい	いいえ	
④ 現在、治療中の病気や怪我はありますか。 病気・怪我の内容等（ ()	ある	ない	
⑤ 常用している薬はありますか。 種類・服用時間等（ ()	ある	ない	
⑥ 食べ物のアレルギーはありますか。 品目： 程度（例：加熱すれば可。完全除去が必要。アナフィラキシー 症状を起こしたことがある。） () 医師からの指導内容（ ()	ある	ない	
⑦ 食べ物以外のアレルギーはありますか。 原因（ () 医師からの指導内容（ ()	ある	ない	
⑧ かかりつけ医はいますか。 医療機関名（ () 連絡先（ — — ()	いる	いない	
⑨ 予防接種の状況 すでに接種済みのものに○を付けてください。 BCG・四種混合（1回・2回・3回・追加）、麻疹（はしか）、 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）・水痘（みずぼうそう）・風疹（三日ばしか） 日本脳炎（1回・2回・追加）・ロタウイルス（1回・2回・3回） B型肺炎（1回・2回・3回）・小児肺炎球菌（1回・2回・3回） インフルエンザ菌b型（Hb）（1回・2回・3回） その他（)			

⑩ これまで一時預かりなどで託児経験はありますか	ある	ない
<p>⑪ 生活リズム</p> <p>起床時間： 時 分</p> <p>午前睡眠： 時 分～ 時 分（ 時間 分）</p> <p>食事時間： 時 分～ 時 分（ 時間 分）</p> <p>午後睡眠： 時 分～ 時 分（ 時間 分）</p> <p>寝かしつけ方：</p>		
<p>⑫ 発達の状況 該当するものに✓を付けてください。</p> <p>言葉について： <input type="checkbox"/>喃語 <input type="checkbox"/>簡単な会話ができる <input type="checkbox"/>普通に会話ができる</p> <p>対人について： <input type="checkbox"/>人見知りしない <input type="checkbox"/>人見知りする</p> <p>友だちと： <input type="checkbox"/>一緒に遊ぶのが好き <input type="checkbox"/>大人数は慣れていない</p> <p><input type="checkbox"/>手が出ることもある <input type="checkbox"/>噛むことがある</p> <p><input type="checkbox"/>大声を出すことがある</p>		
<p>⑬ 食事の状況 該当するものに✓を付けてください。</p> <p>離乳前の場合： <input type="checkbox"/>母乳 <input type="checkbox"/>ミルク <input type="checkbox"/>混合</p> <p>吐乳：<input type="checkbox"/>吐きやすい <input type="checkbox"/>ゲップができにくい</p> <p>離乳後の場合：<input type="checkbox"/>普通食 <input type="checkbox"/>離乳食</p> <p>食べ方</p> <p><input type="checkbox"/>要介助 <input type="checkbox"/>自分で食べることができるが一部介助</p> <p><input type="checkbox"/>自分で食べることができる（<input type="checkbox"/>手づかみ <input type="checkbox"/>フォーク <input type="checkbox"/>スプーン <input type="checkbox"/>箸）</p> <p>その他留意点</p> <p><input type="checkbox"/>食べむらがある <input type="checkbox"/>食べるのが遅め <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>		
<p>⑭ 排泄の状況 該当するものに✓を付けてください。</p> <p>オムツ/パンツ：<input type="checkbox"/>オムツ着用 <input type="checkbox"/>トレーニング中 <input type="checkbox"/>パンツ着用</p> <p>トイレ（尿）：<input type="checkbox"/>トイレでできる <input type="checkbox"/>トレーニング中 <input type="checkbox"/>ひとりでできる</p> <p>トイレ（便）：<input type="checkbox"/>トイレでできる <input type="checkbox"/>トレーニング中 <input type="checkbox"/>ひとりでできる</p> <p>尿意・便意：<input type="checkbox"/>おしえる <input type="checkbox"/>おしえない</p>		
<p>⑮ 好きな遊びや好きな玩具</p>		
<p>⑯ その他、預かりの中で注意してもらいたいこと、児童の癖、心配なこと等があれば記入してください。</p>		