

一時預かり保育 申請書

お申込みの保護者についてご記入ください。

保護者氏名	
ご住所	
連絡先	
携帯メールアドレス	

登録・利用されるお子様についてご記入ください。

	ふりがな	呼び名	性別	血液型	平熱
児童の名前			男・女		℃
生年月日	西暦 年 月 日生まれ				
出生歴	第 子				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他のアレルギー（ ）				
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数：（初回 歳 ケ月・最後 歳 ケ月）				
病歴					
託児経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

緊急連絡先

氏名（ふりがな）	続柄	緊急連絡先 TEL
1		
2		
3		
4		
5		

しんじ保育園 児童票

記入者名 _____

_____年 _____月 _____日 現在

登録園児	ふりがな 園児氏名		愛称	性別	生年月日	
				男 女	年 月 日 (歳 ヶ月)	
	自宅住所 (〒 _____)					
	自宅電話番号			緊急連絡先 (氏名)		
	かかりつけ医/医療機関					
利用形態 (どちらかに○をしてください) 月極預かり 一時預かり						
家族構成・連絡先	氏名	年齢	続柄	勤務先	緊急連絡先 (優先順位)	
		歳			()	
		歳			()	
		歳			()	
		歳			()	
		歳			()	
新生児期		出生時の異常 有 ・ 無		発育・発達	普通・少し遅れていると思う・分からない	
予防接種	四種混合	受けていない・受けた (1回 2回 3回 期追加)				
	BCG	受けていない・受けた		風疹	受けていない・受けた (1回・2回)	
	はしか(麻疹)	受けていない・受けた		おたふくかぜ	受けていない・受けた	
	水ぼうそう	受けていない・受けた				
これまでにかかった主な感染症・病気 (該当するものに○)						
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 熱性けいれん (回数 _____ 回) (最後はいつ _____ 年 _____ 月 _____ 日) 7. アトピー性皮膚炎 8. 喘息及び喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時のみ治療) 9. その他 (_____)						
入院歴	ない ・ ある		(病名: _____ 歳 _____ ヶ月)			
			(病名: _____ 歳 _____ ヶ月)			
服用している薬		ない ・ ある (具体的に: _____)				
アレルギー		ない ・ ある (具体的に: _____)				
その他	体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいことがあればご記入ください					

園で使用する市販薬についての同意書

しんじ保育園では、園児の戸外遊びを行う際、虫刺されや怪我が発生した際に市販薬を使用することを前提に運営をしております。保護者様には各市販薬の成分等をご確認いただき、使用の許可・不可についてご回答頂きたく存じます。

下記の市販薬について使用の許可・不可に○をして下さい。

※不許可に指定された市販薬は使用いたしません。

①	ムヒベビー (かゆみ止め) 【成分】ジフェンヒドラミン塩酸塩、パンテノール 【添加物】ヒドロキシエチルセルロース、リン酸二水素ナトリウム、ベンゼトニウム塩化物	使用許可 ・ 使用不可
②	キズニコ (消毒液) 【成分】ベンザルコニウム塩化物	使用許可 ・ 使用不可
③	熱さまシート (冷却シート) 【発売元】久米製薬 (株)	使用許可 ・ 使用不可
④	ムシベール PS (虫よけスプレー) 【成分】ディート 【添加物】1,3-ブチレングリコール、二酸化ケイ素、ポリソルベート 60、エタノール	使用許可 ・ 使用不可
⑤	ムヒバッチ A (かゆみ止め) 【成分】ジフェンヒドラミン (かゆみ止め成分)、インプロピルメチルフィノール、メントール 【添加物】生ゴム、スチレン、イソプレン・スチレンブロック	使用許可 ・ 使用不可

園児名 _____

年 _____

月 _____

日 _____

保護者名 _____

印 _____