

一時預かり事業利用申し込み書（兼児童台帳）

平成 年 月 日

受付担当者： _____

登録番号	
------	--

保護者 住所 西宮市 _____
 氏名 _____
 連絡先 Tel: _____ fax: _____
 次のとおり一時預かり事業を利用したいので、申し込みます。



児童名	ふりがな _____ 平成 年 月 日生 (男・女)				
児童 家庭の 状況 及び	続柄	氏名	生年月日	性別	勤務先及び電話番号
登録 期間	年 月 日～ 年 月 日 (非定型的) 月・火・水・木・金曜日			主な利用 時間	午前 時 分 から 午後 時 分 まで
理由	1、家庭外労働 5、疾病 9、冠婚葬祭 2、家庭内労働 6、災害・事故 10、リフレッシュ 3、就学 7、出産 11、自己啓発等 4、職業訓練 8、看護・介護 12、その他 ()				
	具体的に _____				
重要 事項	このたび、一時保育の利用にあたり問題となるような子どもの身体的疾患・持病はありません。 万一、そのことが原因となる事故などが発生した場合に、保育園に対し、一切の責任を問いません。 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 了承した ⇒ 保護者自筆署名				

※提出書類に○印（対象児に関する医師診断書等）

<input type="checkbox"/>	健康の記録
<input type="checkbox"/>	健康保険証(乳児医療証)
<input type="checkbox"/>	保護者本人確認書類
<input type="checkbox"/>	アレルギー主治医意見書
<input type="checkbox"/>	離乳食の進め方

※下記は記入しないでください

園受付日	平成 年 月 日
事業 区分	<input type="checkbox"/> 非定型的保育サービス
	<input type="checkbox"/> 緊急保育サービス
	<input type="checkbox"/> 私的理由による保育サービス

一時預かり事業 重要事項の確認

利用者 と、(社)長陽会 ニコニコ桜保育園は、平成 年 月 日付けの
一時預かり事業利用申込書に基づき、児童名 に関わる一時預かり事業について、
利用を決定し、契約を締結します。

また、利用者は利用にあたり、予め「一時預かり事業のしおり」に添って説明を受け、内容について了承しました。

【重要事項】

1、事業者の内容

名称	社会福祉法人 長陽会
所在地	〒662-0038 西宮市南郷町8-12
実施場所	幼保連携型認定こども園 ニコニコ桜保育園 TEL0798-75-0024 : fax0798-75-0444

2、事業者が提供する福祉サービスの内容

常日頃、保育園を利用していない家庭において、保護者の疾病や災害などにより、一時的に
家庭での保育が困難となる場合や、育児使えによる保護者の心理的・身体的負担を軽減する為、
保育園等において児童を一時的に預かる事業。(詳細は別紙【一時預かり事業のしおり】参照)

3、福祉サービスの提供に月利用者が支払うべき額 (詳細は別紙【一時預かり事業のしおり】参照)

4、その他厚生労働省令に定める事項

(1) 福祉サービスの提供開始年月日 平成21年4月1日

(2) 福祉サービスの関わる苦情を受け付ける窓口

名称	社会福祉法人 長陽会
所在地	〒662-0038 西宮市南郷町8-12
実施場所	ニコニコ桜保育園 TEL0798-75-0024 : fax0798-75-0444

以上、契約の証として本書2通を作成し、利用者と事業者が記名押印の上、1通づつを保有するものとします。

平成 年 月 日

利用者 住所 西宮市
氏名 印

事業者 住所 西宮市南郷町8-12
社会福祉法人 長陽会
幼保連携型認定こども園 ニコニコ桜保育園
代表者 園長 長部 俊弘 印

お子さんの健康について (健康調査票)

No.1

ふりがな 氏名	男 女	生年 月日	平成 年 月 日	かかり つけ医	
入園前の保育者	母親/その他 ()	【 () 】保育園(年 月 ~ 年 月)			
妊娠・出産の状況					
妊娠中	出産時	出生時			
異常 なし あり ()	妊娠 週 日 正常 帝王切開 吸引分娩 その他 ()	異常 なし あり	仮死 保育器使用 酸素使用 黄疸 (光線療法・処置なし) へその緒が巻き付いていた その他 ()		
		・体重	g	・身長	cm
				・頭囲	cm
発育の状況					
生後~1歳のころ		1歳6ヶ月~2歳のころ		3歳のころ	
首すわり (月)	あやすと笑う (はい・いいえ)	転ばずに一人で上手に歩く (はい・いいえ)		走ることができる (はい・いいえ)	
寝返り (月)	音のする方を見る (はい・いいえ)	名前を呼ぶと振り向く (はい・いいえ)		まねて丸を書く (はい・いいえ)	
はいはい (月)	話しかけるような声を 出す (はい・いいえ)	簡単な言いつけがわかる (はい・いいえ)		2つ以上の単語を続けて話す (はい・いいえ)	
つかまり立ち (月)	人見知りをする (はい・いいえ)	周囲の人や物に関心を示す (はい・いいえ)		友達と一緒に遊ぶ (はい・いいえ)	
伝い歩き (月)	おいで、ちょうだい等が 分かる (はい・いいえ)	「ママ」等の単語を3語以上話す (はい・いいえ)		極端に落ち着かず動きまわる (はい・いいえ)	
ひとり歩き (月)		なぐり書きをする (はい・いいえ)		自分の名前をいえる (はい・いいえ)	
病気・発達等で相談している機関			市の健診の状況		
保健センター・わかば園・病院・その他 名称 ()			4ヶ月児健診	受けた	• 受けていない
			1歳6ヶ月健診	受けた	• 受けていない
今までにかかった病気、治療中の病気			3歳児健診	受けた	• 受けていない
			予防接種		
麻疹 ()	心臓病 ()	BCG	H	年 月	三種混合初回① H 年 月
風疹 ()	腎臓病 ()	ポリオ ①	H	年 月	② H 年 月
水痘 ()	肝炎 ()	②	H	年 月	③ H 年 月
おたふくかぜ ()	川崎病 ()	麻疹 (はしか)	H	年 月	追加H 年 月
骨折 ()	結核 ()	風疹	H	年 月	日本脳炎初回① H 年 月
脱臼 ()	ひきつけ ()	混合ワクチン	H	年 月	② H 年 月
事故 ()	アトピー ()	(麻疹・風疹)	H	年 月	追加H 年 月
目の病気 ()	食物アレルギー ()	水痘	H	年 月	
耳の病気 ()	その他 ()	おたふくかぜ	H	年 月	
*ご家族は健康ですか (はい・いいえ)			*からだや発育等で気になることがあればご記入ください		

食事について

食事にかかる時間は 約 分程度

食事は、 1日 回

おやつは、 1日 回

主な食べ物 ()

食べ方は、 食べさせる スプーンを使える
手伝う はしを使える
1人で食べる

好きな食べ物 ()

嫌いな食べ物 ()

*食事について気になることがあれば書いて下さい。

(例、だらだら食い、遊び食い、好き嫌いが激しい、少食)

睡眠について

夜、寝るのは、 時ごろ

朝、起きるのは、 時ごろ

お昼寝は、午前睡 時 ~ 時

午後睡 時 ~ 時

寝つきは、 よい わるい

寝る時のくせ 抱く おんぶ 指すい

その他 ()

排泄について

オムツをしている

時々、オマルに座らせる

おしっこを知らせる 排尿は1日 回

大便を知らせる 排便は1日 回

便の状態は(硬い・普通・やわらかい)

後始末が1人で できる

できない

<3歳以上>

排尿について 間隔が 短い ・ 長い

日中おもらしがある

おねしょがある

離乳カード

名前	H 年 月 日生 (生後
----	--------------

* 離乳食を始めた時期 _____ヶ月

食べている食品に ○印を入れて下さい	どんなふうに食べさせているか○印を入れて下さい。	備考
・米	・つぶしがゆ ・おかゆ ・軟食 ・普通のご飯	
・パン	・つぶしパンがゆ ・ミルク煮、ミルク浸し ・フレンチトースト ・トースト ・そのまま	
・うどん	・つぶしくたくた煮 ・くたくた煮 ・やわらか煮	
・魚類	・すりつぶし煮 ・ほぐし煮 ・煮魚	
肉類 ・鶏肉 ・牛肉 ・豚肉 ・レバー	・すりつぶし ・ミンチ ・あらきざみ ・ペースト ・みじん切り ・あらきざみ	
・豆腐	・すりつぶし煮 ・そのまま	
・野菜	・すりつぶし煮 ・みじん切り煮 ・あらきざみ煮 ・おろし ・みじん切り ・あらきざみ ・スティック	
・いも類	・マッシュ ・やわらか煮	
卵 ・卵黄のみ ・全卵	・プリン状、茶わん蒸し状 ・たまごとじ状 ・たまご焼き状	
果物 ・りんご ・バナナ ・かんきつ類	・すりおろし ・スライス ・そのまま ・すりつぶし ・スライス ・そのまま ・しぼって ・そのまま	
・チーズ	・すりおろし、粉末 ・きざみ ・スティック、スライス	
・牛乳	・調理に使っている ・ヨーグルト	
・1日の食事及びミルク の回数と時間	・ミルク 1 _____回 (時 時 時 1回量 _____CC ・離乳食 1 _____回 (時 時 時 (食後のミルク量 _____CC)	現在 離乳食は ・初期 ・中期 ・後期 ・完了期

2018(平成30)年5月改訂

★ミルクについておたずねします。(○印または文字を入れて下さい)

☆ 現在は、 ・母乳 ・混合乳 ・粉ミルク ・牛乳 です

☆ ミルクはどのようにして飲んでいますか? ・哺乳瓶 ・コップ ・その他(