

# 一時保育申し込み書

申込日 令和 年 月 日

会員NO.					
ふりがな	呼び名		性別	年齢	
園児名			男・女	歳	ヶ月
ふりがな	続柄	連絡先			
申込者名		自宅 携帯			
預かり 時間	: ~ : 迄 ( 時間 ) ※最大4時間まで				

※会員登録時より変更がある場合

住所	〒			
緊急 連絡先	1	氏名(ふりがな)	続柄	TEL
	2			

## ■ 今日の健康状態

体温	℃	睡眠	: ~ :
排泄	なし あり 時間 :	便の状態	硬い・普通・軟らかい
排泄状況	一人でできる・できない・トレーニング中・その他( )		
体調			

## ■ 持ち込み物を記入してください。(例:おむつ3枚、ミルク、など)

食事	有( ) なし	おやつ	有( ) なし
ミルク	① : に CC ② : に CC	来園までの 飲食	時間 : 食べたもの( )

備考	お子様の健康上のことや性格などで気をつけてほしいことがあればお書きください。
----	--

# 健康の記録

## ■ かかりつけの病院

病院名

TEL

## ■ かかりやすい病気と体質

- |   |                                   |                                   |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 扁桃腺が腫れやすい            | <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい | <input type="checkbox"/> ゼーゼーしやすい |
| <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい              | <input type="checkbox"/> 鼻血を出しやすい | <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い    |
| <input type="checkbox"/> けいれん(ひきつけ)をおこしたことがある |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> 食べてはいけないものがある ( )    |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> 使ってはいけない薬がある ( )     |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> 継続して飲んでいる薬がある ( )    |                                   |                                   |

## ■ かかったことのある病気やケガ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) 歳     | <input type="checkbox"/> 風疹(三日はしか) 歳       |
| <input type="checkbox"/> 水疱瘡(みずぼうそう) 歳 | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 歳 |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく          | <input type="checkbox"/> その他 ( )           |
| <input type="checkbox"/> 今までの入院 ( )    |  |
| <input type="checkbox"/> 今までのケガ ( )    |  |

## ■ 予防接種

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> B型肝炎・母子感染予防を除く(1回・2回・3回)      | <input type="checkbox"/> ヒブ(1回・2回・3回・4回)           |
| <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(1回・2回・3回・4回)          | <input type="checkbox"/> 4種混合・DPT-IPV(1回・2回・3回・4回) |
| <input type="checkbox"/> ロタウイルス:1価(1回・2回) 5価(1回・2回・3回) | <input type="checkbox"/> MR・麻疹・風疹混合(1回・2回)         |
| <input type="checkbox"/> 水痘・水ぼうそう(1回・2回)               | <input type="checkbox"/> 日本脳炎合(1回・2回・3回)           |
| <input type="checkbox"/> BCG(1回)                       |  |