

一時保育利用申込書

*お子さまのご様子によってはお預かりできない場合もございます

お子さま	ふりがな	生年月日	20	年	月	日生
	男 女		満	歳	ヵ月	
保護者様 ①	氏名	住所	〒 -			
	(続柄)		TEL	-	-	
利用日	20 年 月 日 曜日					
予約時間	時 分 から 時 分 まで					
お迎えの時間 お迎えに来る方	時 分	上記以外の方がお迎えの場合 (登録済の方) ⇒	氏名 (続柄)			
主な滞在場所	シリウス館内 (階・) シリウス館外 (就労・通院・リフレッシュ・その他)					
緊急連絡先 ※①以外の方で 必ず連絡がつく方を 記入してください	1	<input type="checkbox"/> 連絡先名 <input type="checkbox"/> 氏名 (続柄)	TEL	-	-	
	2	<input type="checkbox"/> 連絡先名 <input type="checkbox"/> 氏名 (続柄)	TEL	-	-	
	3	<input type="checkbox"/> 連絡先名 <input type="checkbox"/> 氏名 (続柄)	TEL	-	-	
体温	検温時間	:	体温	.	℃	
睡眠	就寝	:	起床	:		
機嫌	機嫌 普通・良・悪					
排便	前日	普通便・軟便・固い便	回数:	回	・なし	
	今朝	普通便・軟便・固い便	回数:	回	・なし	
直近の食事	時間	:	・ミルク cc (ミルクの品名:) ・メニュー(量) ()			
24時間以内の 与薬状況	なし・あり	直近の与薬時間	日	時頃		
		薬の種類	()			
		定期的に服用している薬がありますか	なし・あり ()			
保育施設の利用 経験	なし・あり (保育園・幼稚園・一時保育)					
連絡事項 お子さまの様子						

大和市屋内子ども広場 TEL046-259-7592

受け入れ時間	送り出し時間

【アレルギーについて】 ※災害時に必要になる場合がありますので必ずご記入ください

食物アレルギー、飲み物アレルギーはありますか なし・あり

「あり」の方はアレルギーの内容をお書きください

注意事項：

【既往歴】 ※既往歴がある場合はご記入ください

・ けいれん（有熱 ・ 無熱） 初回（ 年 月 日） 最後（ 年 月 日）

・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎


・ 脱臼 肩（左・右）、腕（左・右）、その他（ ）

・ その他の病歴、通院歴

<重要事項>

- ・ 運営方針をよく理解し、その指示に従い屋内こども広場の秩序を乱す行為などをいたしません。
- ・ 一時保育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屋内こども広場に対し、一切の責任を問いません。
- ・ 以下のいずれかに該当する場合には、保育室の利用者登録の抹消に同意します。
(事故・災害などのやむを得ない事情を除く)
 - ・ 無断キャンセル
 - ・ 度重なる遅刻行為

年 月 日

了承しました  保護者氏名 _____