

一時預かり事業利用申し込み書（兼児童台帳）

年 月 日

受付担当者：

登録番号	
------	--

保護者 住所

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。

写真スペース
(縦4cm横3cm程度)

児童名	ふりがな			
	年 月 日生 (男 ・ 女)			
児童 家庭の 世帯 状況 及び	続柄	氏名	生年月日	勤務先及び電話番号
登録 期間	年 月 日～ 年 月 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、子どもの家に対し、一切の責任を問いません。 年 月 日 ☐ 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）

	健康調査票
	重要事項の確認
	健康保険証(乳児医療証)
	アレルギー主治医意見書
	離乳食の進め方

※下記は記入しないでください

園受付日	年 月 日
事業 区分	☐ 非定型的保育サービス ☐ 緊急保育サービス ☐ 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、一時預かり事業者 子どもの家 は、令和 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「一時預かり利用の案内」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 | 子どもの家 一時預かり事業 |
| 所在地 | 南足柄市狩野 343-15 |
| 実施場所 | 子どもの家 |
| | TEL 0465-25-2734 |

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、育児疲れ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【一時預かり利用案内】参照）

3、福祉サービスの提供に利用者が支払うべき額（詳細は別紙【一時預かり利用案内】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 令和4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	子どもの家
所在地	南足柄市狩野 343-15
実施場所	子どもの家
	TEL 0465-25-2734

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。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 印

事業者 住所 南足柄市狩野 343-15
子どもの家
代表者 田代 知実 印

お子さんの健康について（健康調査票）

No.1

ふりがな		男	生年 月日			かかり つけ医	
氏 名		女		20	年	月	日
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		妊娠 週 日		異常 なし			
あり		正常		あり 仮死 保育器使用 酸素使用			
()		帝王切開 吸引分娩		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 ()		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	あやすと笑う	転ばずに一人で上手に歩く		走ることができる			
(月)	(はい・いいえ)	(はい・いいえ)		(はい・いいえ)			
寝返り	音のする方を見る	名前を呼ぶと振り向く		まねて丸を書く			
(月)	(はい・いいえ)	(はい・いいえ)		(はい・いいえ)			
はいはい	話しかけるような声を	簡単な言いつけがわかる		2つ以上の単語を続けて話す			
(月)	出す(はい・いいえ)	(はい・いいえ)		(はい・いいえ)			
つかまり立ち	人見知りをする	周囲の人や物に関心を示す		友達と一緒に遊ぶ			
(月)	(はい・いいえ)	(はい・いいえ)		(はい・いいえ)			
伝い歩き	おいで、ちょうだい等が	「ママ」等の単語を3語以上話す		極端に落ち着かず動きまわる			
(月)	分かる(はい・いいえ)	(はい・いいえ)		(はい・いいえ)			
ひとり歩き		なぐり書きをする		自分の名前をいえる			
(月)		(はい・いいえ)		(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・病院・その他		4ヶ月児健診		受けた		受けていない	
名称 ()		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	
麻疹 ()	心臓病 ()	予防接種					
風疹 ()	腎臓病 ()	BCG	年	月	四種混合初回①	年	月
水痘 ()	肝炎 ()	麻疹 ①	年	月	②	年	月
おたふくかぜ()	川崎病 ()	風疹 ②	年	月	③	年	月
骨折 ()	結核 ()	水痘	年	月	追加	年	月
脱臼 ()	ひきつけ ()		年	月	日本脳炎初回①	年	月
事故 ()	アトピー ()	おたふくかぜ	年	月	②	年	月
目の病気 ()	食物アレルギー ()		年	月	追加	年	月
耳の病気 ()	その他 ()	ロタウイルス	価				
*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	20 年 月 日生（生後
----	-----------------------------

*離乳食を始めた時期 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	・すりつぶし	・ミンチ	・あらきざみ		
	・牛肉					
	・豚肉					
	・レバー					
・豆腐		・ペースト	・みじん切り	・あらきざみ		
・野菜		・すりつぶし煮	・そのまま			
		・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	・プリン状、茶わん蒸し状	・たまごとじ状	・たまご焼き状		
	・全卵					
果 物	・りんご	・すりおろし	・スライス	・そのまま		
	・バナナ	・すりつぶし	・スライス	・そのまま		
	・かんきつ類	・しばって	・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 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

★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

ご利用希望日申込書

名前：

生年月日：

月分

[illegible]

切り取り

ご利用希望日申込書（利用者控え）

名前：

生年月日：

月分

[illegible]