

2024年度 とことこ保育室みんなのとことこ とことこ誰でも通園プラン 申込書 () 歳児

※2024.4.2時点の年齢

提出日： 年 月 日

申込保護者氏名

次のとおり利用の申込みをします。

いずれかに☑をつけて下さい。 前期 (4~9月) 後期 (10月~3月)

児童氏名		生年月日 (西暦)		親子写真
フリガナ	男 女	年	月 日	
児童の兄弟姉妹の年齢	才	才	才	
自宅住所				
自宅電話番号				
父	(氏名)	(年齢)	才	
	(携帯番号)			
母	(氏名)	(年齢)	才	
	(携帯番号)			
希望時間	<input type="checkbox"/> 9時~12時 <input type="checkbox"/> 9時~14時			
希望曜日	第1希望 () 曜日 ・ 第2希望 () 曜日			
当プランに期待すること (ご自由にお書きください)				
※子育ての事で相談している機関 (子ども家庭支援センター、保健センターなど) がある方は、欄内にご記入ください。				

父の状況

勤務状況	勤務先名	電話番号	()
	所在地	<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務	
	勤務時間	平日	時 分から 時 分まで
	求職中又は他の状況		

母の状況 (お子さんがプランご利用時に主にいらっしゃる場所)

をしてください

自宅 職場 その他

*職場・その他の方は、(所在地) (名称) をご記入ください。

(所在地)

(名称)

裏面もあります

お子さんについてご記入下さい

お名前 _____ 男・女 _____ 生年月日 西暦 _____ 年 月 日

♡健康状態

1. 食べものなどでアレルギー症状が出たことがありますか？ [いいえ ・ はい]

「はい」の方は、どんな症状ですか？また、アレルギー診断は出ていますか？

(診断: あり ・ なし)

2. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？ [いいえ ・ はい (今までに _____ 回)]

「はい」の方は、どんな状態でひきつけましたか？また、最後のひきつけはいつですか？

(最後のひきつけ _____)

3. 脱臼をしたことがありますか？(「肘内障」と言われたことがありますか) [いいえ ・ はい]

「はい」の方は、(いつ) _____ (部位) _____ 右・左

4. 現在治療中、経過観察中の病気および、既往症がありますか？ [いいえ ・ はい]

「はい」の方は、病名をお書きください。

(_____)

5. 病気のことでの治療や相談していた病院や施設、公共機関はありますか？ [いいえ ・ はい]

「はい」の方は、病名、症状をお書きください。

(病名: _____ 症状: _____ 施設名: _____)

6. お子さんの発達のことでの相談している病院や療育施設、公共機関はありますか？ [いいえ ・ はい]

(相談内容: _____ 施設名: _____)

7. 身体障がい者手帳・愛の手帳をお持ちですか？ [いいえ ・ はい]

♡健診受診状況

・1か月児健康診査[受けた・受けていない]

・9～10か月健康診査[受けた・受けていない]

・3～4か月健康診査[受けた・受けていない]

・1歳6か月健康診査[受けた・受けていない]

・6～7か月健康診査[受けた・受けていない]

・3歳児健康診査[受けた・受けていない]

*その時、相談したことや指導を受けたことはありますか？[ない・ある]

(_____)