

令和6年度【一時預かり】登録申請書

ID NO.

高木保育園長 殿

〒 ー

住 所 松山市

保護者名

印

自宅電話番号

緊急連絡先①

(続柄)

緊急連絡先②

(続柄)

児童氏名

性別

生年月日

年 月 日

利用される理由

家族 及 び 同 居 人	氏 名	続柄	生年月日	勤務先(職業)	勤務先電話	備 考	

○離乳食は完了していますか? はい・いいえ
(いいえ)の方はどのくらいまで進んでいますか? 備 考

○トイレトレーニングの状況

○ぜんそくがありますか? はい・いいえ

○アレルギー反応がありますか? (具体的に)・なし ※診察病院名

○熱性けいれんを起こしたことがありますか? はい・いいえ

○牛乳を飲むことができますか? はい・いいえ

○フォローアップミルクは飲んでいますか? はい・いいえ 銘柄()量(cc)

○平熱は何度ですか? (度)

○アトピー性皮膚炎の症状はありますか? はい・いいえ

○保育園で与える薬はありますか? はい・いいえ ※与薬依頼申請書 未・済

○嫌いな食べ物がありますか? ()

○名前の呼び方はありますか? ()

○お家で好きなお昼寝のスタイルがありますか? ()

○保育園でおしゃぶり・タオル等、おきにいりのものを持参しますか? ()

○きき腕はどちらですか? 左 ・ 右

○お家での一日のリズムをご記入下さい。(主に食事・ミルクの時間・睡眠時間帯)
7時--8時--9時--10時--11時--12時--1時--2時--3時--4時--5時--6時--7時
[]

○現在、他の幼稚園や保育園に通っていますか? はい・いいえ

○保育の様子を高木保育園のホームページ等に掲載する場合があります 同意する しない

お子様の既往症について

今までにかかった病気のところをチェックしてください

<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 百日咳
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> プール熱
<input type="checkbox"/> はしか（麻疹）	<input type="checkbox"/> インフルエンザ
<input type="checkbox"/> 三日はしか（風疹）	<input type="checkbox"/> 流行性結膜炎
<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 手足口病
<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 気管支炎

子育て支援アンケート

Q 今、あなたが求める子育て支援サービスとはどんなものですか？
Q 「あったらいいな」と思う子育て支援はありますか？
Q 国又は松山市の子育て支援政策について、どのように感じますか？