

リフレッシュ
育児 タイムリー 保育サービス利用申込書

令和 年 月 日

様

住所：
保護者名：
連絡先(電)：

育児リフレッシュ・タイムリー保育サービスの利用について、関係書類を添えて次のとおり申し込みます。

ふりがな		児童氏名 (男・女)		保育所名	三種たつこの保育園
		令和 年 月 日 (歳)			
家 族 構 成	続柄	氏名	生年月日	勤務先 (電話番号)	
	父				
	母				
	祖父				
	祖母				
希望する 利用期間	期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 曜日：月 火 水 木 金 土 時間：AM・PM 時 分 ~ AM・PM 時 分				
理由					
※ 確認欄	児童の健康状態 (母子健康手帳・問診票)		確認者印		
	生活保護の状況 無・有 (年 月 日保護開始)				

※確認欄は、記入しないで下さい。

児童名： _____	男 (満 歳) 女	血液型	平 熱
かかりつけの医師 (病院名： _____)		保険証：国保・社保・共済() 番 号：記号番号()	
健 康 状 態	・1カ月以内に風邪など何か病気にかかりましたか。 いいえ/はい (病名 _____)		
	・1カ月以内に何か感染症疾患にかかりましたか。(麻疹・風疹・おたふく等) ・現在治療している病気がありますか。 いいえ/はい (病名： _____)		
状 態	・生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、腎臓、心臓、肝臓、脳神経免疫不全症、その他)にかかり医師の診断を受けたことがありますか。 いいえ/はい (病名： _____)		
	・ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 いいえ/はい () 歳頃 ※その時熱がでましたか。 いいえ/はい ・薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 いいえ/はい (状態： _____)		
ラ イ フ ス タ イ ル	・現在飲んでいるのは母乳ですか。ミルクですか。 母乳/ミルク (品名： _____) /混合		
	※その量と回数 母乳 1日 回 又は不規則1回 分位吸う ミルク 1日 回 又は不規則1回 cc ・ミルク以外のものを与えていますか。(果汁、味噌汁、おかゆ等) 与えていない/与えている (_____) ・何かくせがありますか。(おしゃぶり、指しゃぶり等) ない/ある (_____)		
そ の 他	・お子様のごとで担当保育士に特に伝えたいことがありましたら書いて下さい。 _____ _____ _____ _____ _____		