

やすらぎ保育園入園申込書

(ご両親のどちらかが「石鎚会」か「やすらぎ福祉会」で就労している場合は不要)

児童の健康状況	
●お子様の慢性的な病気や発達のこととで通院していますか。 ☐ いる ☐ いない 病名 () 医療機関名 () 症状 () 通院の頻度 [週・月・年 回 程度] 手術の予定 ☐ ある (年 月頃) ☐ ない	
●医師から生活上の制限や配慮等の指示を受けていますか。 ☐ 受けている ☐ 受けていない 内容 ()	
●以下の健康診査、発達相談のうち、受けられたものに印を入れてください。 その際、指導などがありましたら記入してください。 ☐ 3か月児健診 ☐ 10か月児発達相談 ☐ 1歳6か月児健診 ☐ 2歳児発達相談 ☐ 3歳6か月児健診 (指導を受けた時期と内容:)	
●ひきつけを起こしたことはありますか。 ☐ ある (歳 か月の時) ☐ ない →何回ありますか。[回]	
●現在療育に通っていますか。 ☐ 通っている ☐ 通っていない 施設名 () 通所の頻度は [週・月・年 回程度]	
●障害者手帳をお持ちですか。 ☐ ある ☐ 申請中 ☐ ない → ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳	
●日中保育園で与薬が必要な薬はありますか。 ☐ ある ☐ ない (薬品名:)	
●アレルギーはありますか。 ☐ ある ☐ ない *制限する食品等(未摂取の食品は除く) ☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ 大豆 ☐ えび ☐ かに ☐ そば ☐ 落花生 ☐ その他 () *摂取した場合の症状 ()	
●上記以外で、入園に当たり健康・発達などで気になることはありますか。 ☐ ある ☐ ない 内容:	

児童の現在の保育状況			
☐ 保護者等が保育している			
・ 保育している人	☐ 母	☐ 父	☐ 祖母 ☐ 祖父
	☐ その他 ()		
・ 保育場所	☐ 自宅	☐ 勤務先に連れていく	
	☐ その他 ()		
☐ 保育所に入園している			
・ 施設名	()		
・ 入園年月	(	年	月)
☐ 一時預かりを利用している			
・ 施設名	()		
・ 利用開始年月	(	年	月)
☐ その他 ()			

2, 家庭狀況

住所	〒			
	*転居予定がある場合は下記もご記入ください。 →転居時期(年 月 日)			
	〔新しい住所〕 〒			
電話番号	●第1連絡先 父・母・その他() (- -)			
	●第2連絡先 父・母・その他() (- -)			
同居家族	続柄	フリガナ 名前	生年月日 (西暦)	職業・学校名・通園先等
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

※1,入園を希望する児童は記入不要

3, 保護者の状況

父の状況		
保育を必要とする理由 (該当する項目全てに○を付けてください)		1 就労(内定を含む) 2 不存在 3 出産 4 病気 5 障害 6 就学 7 介護・看護
就 労 (内 定 を 含 む)	就労先名称	
	就労先住所	
	通勤時間	自宅から就労先まで片道 時間 分
	業務内容	
	雇用の形態	☐ 正社員 ☐ パート ☐ アルバイト ☐ その他()
	就労曜日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日
	就労時間	固定時間の場合は①のみご記入ください。 変則勤務の方は就労パターンを記入してください。 (4パターン以上ある場合は主なものを3つ) ① 時 分 ~ 時 分 ② 時 分 ~ 時 分 ③ 時 分 ~ 時 分
	勤務日数	月平均 日
	育児休業取得(予定)期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	育児短時間勤務等 を取得(予定) している場合の 勤務条件	年 月 日 ~ 年 月 日 就労日:月平均 日 就労時間: 時 分 ~ 時 分
不 存 在	理由	死亡・離婚・未婚・その他()
	発生時期	年 月から
出 産	出産日(予定日)	年 月 日
病 気 ・ 障 害	病名・障害名	
	手帳の有無	☐ あり ☐ なし → ☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳
	状況	☐ 入院(年 月 日から) ☐ 通院通所(月 回) ☐ 自宅療養
就 学	学校名	

父方祖父母の状況				
	名前	年齢	住所	保育できない理由
祖 父			都 道 市 町 府 県 村	☐ 別居 ☐ 就労 ☐ 病気・障害 ☐ 不存在 ☐ 介護 ☐ その他
祖 母			都 道 市 町 府 県 村	☐ 別居 ☐ 就労 ☐ 病気・障害 ☐ 不存在 ☐ 介護 ☐ その他

母の状況		
保育を必要とする理由 (該当する項目全てに○を付けてください)		1 就労(内定を含む) 2 不存在 3 出産 4 病気 5 障害 6 就学 7 介護・看護
就 労 (内 定 を 含 む)	就労先名称	
	就労先住所	
	通勤時間	自宅から就労先まで片道 時間 分
	業務内容	
	雇用の形態	☐ 正社員 ☐ パート ☐ アルバイト ☐ その他()
	就労曜日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日
	就労時間	固定時間の場合は①のみご記入ください。 変則勤務の方は就労パターンを記入してください。 (4パターン以上ある場合は主なものを3つ) ① 時 分 ~ 時 分 ② 時 分 ~ 時 分 ③ 時 分 ~ 時 分
	勤務日数	月平均 日
	育児休業取得(予定)期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	育児短時間勤務等 を取得(予定) している場合の 勤務条件	年 月 日 ~ 年 月 日 就労日:月平均 日 就労時間: 時 分 ~ 時 分
不 存 在	理由	死亡・離婚・未婚・その他()
	発生時期	年 月から
出 産	出産日(予定日)	年 月 日
病 気 ・ 障 害	病名・障害名	
	手帳の有無	☐ あり ☐ なし → ☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳
	状況	☐ 入院(年 月 日から) ☐ 通院通所(月 回) ☐ 自宅療養
就 学	学校名	

母方祖父母の状況				
	名前	年齢	住所	保育できない理由
祖 父			都 道 市 町 村 府 県	☐ 別居 ☐ 就労 ☐ 病気・障害 ☐ 不存在 ☐ 介護 ☐ その他
祖 母			都 道 市 町 村 府 県	☐ 別居 ☐ 就労 ☐ 病気・障害 ☐ 不存在 ☐ 介護 ☐ その他

4, 予防接種の状況について

●接種済のワクチン接種回数を○で囲んでください。

BCG	1 回 目
5種混合	1 回 目 ・ 2 回 目 ・ 3 回 目 ・ 追 加
(4種混合)	1 回 目 ・ 2 回 目 ・ 3 回 目 ・ 追 加
(ヒブ)	1 回 目 ・ 2 回 目 ・ 3 回 目 ・ 追 加
MR(麻疹・風疹)	1 回 目 ・ 2 回 目
日本脳炎	1 回 目 ・ 2 回 目 ・ 追 加
小児肺炎球菌	1 回 目 ・ 2 回 目 ・ 3 回 目 ・ 追 加
水痘	1 回 目 ・ 2 回 目
おたふくかぜ	1 回 目 ・ 2 回 目
ロタウイルス	1 回 目 ・ 2 回 目 ・ 3 回 目
B型肝炎	1 回 目 ・ 2 回 目 ・ 追 加

※今後もワクチンを接種する予定である。

☐ はい ☐ いいえ (どちらかにチェックを付けてください)