

休日保育利用登録書

年 月 日

園長 様

写真貼
付欄

※ 利用する子どもと
送迎者の写真をお願い
します。

貴施設における休日保育の利用に当たり、次のとおり、登録します。
また、次の記載事項及び利用状況について、貴施設が下記の利用子ども
の平日利用する施設、堺市等に対して問合せを行い、情報提供を受ける
ことに同意します。
なお、休日保育の利用に当たり、虚偽の報告等不適当な利用をしたと
きは、この登録を取消されても異議を申し立てません。

| | | | | | |
|---|------------|--|-----------------------------------|---------------------------------------|------|
| 保護者 氏名 | 現住所 | (郵便番号 -) | | 電話番号 (自宅) () (緊急連絡先) () | |
| | フリガナ 氏名 | | | 送 迎 者 | |
| フリガナ 利用子ども 氏名 | | | | 年 月 日生 4/1 現在 歳 男・女 | |
| 支給認定証番号 | | | 教育・保育給付認定区分 | | |
| 保育必要量の区分 | | | ※教育・保育給付認定区分が2号又は3号の方のみ、記入してください。 | | |
| 平日利用する施設名称 | | | | | |
| 健康保険証の種類 | | | 記号番号 | | |
| 休日保育の利用希望日 | | (1) 日曜日 (毎週・月 回程度) (2) 祝日 | | | |
| ※該当する希望日に○をしてください。 | | | | | |
| 休日保育が必要な理由 ※ 該当する理由に○をして ください。 ※ 理由が(1)又は(2)の労働に 係るものである場合は、勤務 体系についても、記入してく ださい。 | 父 | (1) 家庭外労働 (2) 家庭内労働 (3) 疾病 (4) 障害 (5) 介護 (6) その他 () | (1) 休日 _____ 曜日 (2) シフト制・不定休 | | |
| | 母 | (1) 家庭外労働 (2) 家庭内労働 (3) 疾病 (4) 障害 (5) 介護 (6) その他 () | (1) 休日 _____ 曜日 (2) シフト制・不定休 | | |
| 利用 子 ど も の 家 庭 状 況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 年齢・性別 | 勤務先、緊急連絡先等 | |
| | | | 年 月 日 (歳) 男・女 | 名称 | 電話番号 |
| | | | 年 月 日 (歳) 男・女 | | |
| | | | 年 月 日 (歳) 男・女 | | |
| | | | 年 月 日 (歳) 男・女 | | |

【事務処理欄】

| | |
|------|-------------------|
| 利用区分 | 休日保育 ・ 一時預かり (休日) |
|------|-------------------|

(裏面)

子どもの生活・健康の状況 (休日保育用) (記入年月日 年 月 日)

フリガナ
利用子どもの氏名 () (年 月 日生まれ)

| | | | |
|---------|-------|---|--|
| 生活面 | 食事の状況 | 0・1歳児 | 1 1回の搾乳量 母乳・粉乳()cc 1日()回 2 牛乳 1日()cc ・ 牛乳を飲めない 温める ・ 冷やしたまま コップで ・ ストローで ・ 哺乳瓶で 3 離乳食の状況 主食 (おかゆ・軟飯・ごはん) 副食 (細かくきざむ・大人より小さい・大人と同じ) |
| | | 1 好き嫌い (多い・少ない・ない) 特に好きなもの() 特に嫌いなもの() 2 食欲 (いつもある・むらがある・あまりない) 3 食事方法 (手づかみ・フォーク・スプーン) 4 食物アレルギー(あり・なし・わからない) ある場合 医師の意見書 (あり・なし) 医師の見解 (あり・なし) 配慮で除いている食品 (卵・牛乳・大豆・小麦・米・その他()) | |
| | 排泄 | 小便 知らせる・知らせない・おむつ・紙パンツ () 大便 知らせる・知らせない () 回数 1日()回 便の状態() | |
| | 睡眠 | 就寝時間 夜()時～朝()時 午睡 午前()時～()時 午後()時～()時 保育所等で午睡 あり・なし 様子() | |
| (好きな遊び) | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---------|---------|--------|----|---------|
| 健康面 | 身長・体重・平熱 | 身長()cm | 体重()kg | 平熱()℃ | | |
| | かかった病気 | 麻疹 | 水痘 | おたふく | 風疹 | その他(病名) |
| | ○で記入 | | | | | |
| 体質など | 1 ひきつけたことがある(熱があるとき 熱がないとき 泣いたとき) 2 常用している薬がある() 3 喘息・アトピー性湿疹・けいれんなどで常時服用している薬がある ない・ある(薬の名前・服用方法など) 4 当てはまるものに○を付けてください。 ・ かぜをひきやすい ・ せいせい言う ・ 咳が出やすい ・ 熱を出しやすい(高熱・微熱) ・ 下痢をしやすい ・ 大便が出にくい ・ 腹痛がよくある ・ 吐きやすい ・ 鼻汁が出やすい ・ 鼻血が出やすい ・ 耳だれが出やすい ・ 目やにが出やすい ・ じんましんが出やすい ・ 扁桃腺がはれやすい ・ 皮膚が弱い ・ 肘が抜けやすい(右・左) ・ 薬アレルギーがある(薬名など) | | | | | |
| (特に知らせておきたいこと、体質など心配なこと、配慮してほしいことについて) | | | | | | |
| 診察・治療など | かかりつけの病院など 病院名 (科名:) 電話番号 | | | | | |

* 休日保育の認定を受けている場合は、平日利用する施設に、この登録書、休日保育連絡ノート及び利用者負担額決定通知書を提出し、下記の確認等を受けた上で、休日保育を利用する施設へ提出してください。

【平日利用施設確認欄】

利用子どもの氏名 _____ 【生年月日 年 月 日】

当該利用子どもについて、休日保育の実施を依頼します。

年 月 日

施設名

園長

Ⓜ

TEL

FAX

