

入園申込書

申込日 年 月 日

ひより保育園 園長殿

〒

保護者 住所

氏名

印

電話 自宅

父携帯

母携帯

入園児童	ふりがな	性別	生年月日	月齢	続柄	
	氏名	男・女	・	歳 ヶ月		
入園児童以外の世帯員	氏名 (父、母はふりがな)	続柄	性別	生年月日	勤務先(会社名)、学校名等	世帯状況
	ふりがな	父	男	・	TEL	同居・別居
	氏名					
	ふりがな	母	女	・	TEL	同居・別居
	氏名					
	氏名			・		同・別
	氏名			・		同・別
氏名			・		同・別	
祖父母状況	続柄	氏名	年齢	世帯状況(別居の場合は、所在地を記入)		
	父方	祖父	: 不存在	同居・別居(勤務 有・無)		
		祖母	: 不存在	同居・別居(勤務 有・無)		
	母方	祖父	: 不存在	同居・別居(勤務 有・無)		
祖母		: 不存在	同居・別居(勤務 有・無)			
保育の実施を必要とする理由	父: <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他()					
	母: <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他()					
保育の実施を希望する期間	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日まで			認可	かけている	
	<input type="checkbox"/> 就学前まで				かけていない	
保育希望日数	週 日 / 月・火・水・木・金・土・日 / 不定期 / 土・日・祝日を利用する					
就労状況	父親: 所在地() / : ~ : まで					
	母親: 所在地() / : ~ : まで					
保育希望時間	AM・PM : ~ AM・PM : まで					
送迎手段	徒歩・自転車・自家用車・バス・電車・その他()					
児童の保育状況等	<input type="checkbox"/> 自宅で保育をしている <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()					
	<input type="checkbox"/> 保育施設等を <input type="checkbox"/> 施設名称() 利用期間 年 ヶ月					
	利用している <input type="checkbox"/> 種別 <input type="checkbox"/> 認可保育園 <input type="checkbox"/> 小規模・事業所内保育事業					
	<input type="checkbox"/> 一時保育(週 日) <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園					
その他	<input type="checkbox"/> 親族に預けている <input type="checkbox"/> 過去に保育施設・幼稚園等に利用経験がある / 利用期間 年 ヶ月					
	<input type="checkbox"/> 妊娠をしている(ヶ月) <input type="checkbox"/> 保育認定を受けている					

児童の健康状況等調査票

記入日 年 月 日

※この申告書は、入園希望時の状況を把握するためのものです。

※該当する箇所にチェック、必要な箇所に記述をしてください。

ふりがな	
児童名	
生年月日	平成・令和 年 月 日
	令和 年 月 日 時点 歳 ヶ月

出産時	妊娠()週で出産 出生時体重()g
	<分娩の経過> <input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他()
食事	・現在、どのような食事をしていますか <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合乳 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食 離乳食の場合 初期・中期・後期の()回食 ミルクはいつ飲むか 朝・昼・夜の食後()ml おやつ()ml 就寝前に()ml ・食べる時、何を使っていますか <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし
	・夜は何時ごろ寝ますか(時 分頃) ・朝は何時ごろ起きますか(時 分頃) ・現在、お昼寝をしていますか <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(時～ 時) ・寝る時のくせはありますか <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない
	・自分の名前がいえませんか <input type="checkbox"/> 言えない <input type="checkbox"/> 言える ・名前を呼ばれると返事ができますか <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる ・言われたことが分かり応える事ができますか <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる ・ひとりごとやオウム返しがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ・喃語はでていますか(1歳未満) <input type="checkbox"/> でている <input type="checkbox"/> でていない ・単語がでていますか(1歳未満) <input type="checkbox"/> でている() <input type="checkbox"/> でていない
健康状態	・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかを持っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・今まで健康・発育上のことで、専門機関に相談や訪問をしたことはありますか <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> 療育センター <input type="checkbox"/> 言葉の教室 <input type="checkbox"/> 子育て支援センター <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()
	・ひきつけを起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> ある(歳 ヶ月頃) <input type="checkbox"/> ない あると答えた方：現在の状態を教えてください ()
	・今まで病気で入院したり大きな怪我をしたことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 病名、怪我の内容 () 現在の治療の状態 ()
	・持病や体質で気になることがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (例：小児喘息・てんかん・アトピー・心臓疾患・関節がはずれやすい等) ある場合 () 医師からの指導内容 ()
	・現在、定期的に通院はされていますか <input type="checkbox"/> はい 病名() <input type="checkbox"/> いいえ
	・通常飲んでいるお薬はありますか <input type="checkbox"/> はい 薬名() <input type="checkbox"/> いいえ
	・直近で受けた健康診査をお書きください () 歳 () ヶ月健診 健診後に指導等がありましたか <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし あると答えた方：具体的に ()

裏面もご記入ください

