

# サニーサイド保育園 一時預かり 事前登録票

(宛先) サニーサイド保育園 園長

(西暦) 年 月 日

※太枠内に記入してください

(申込者) 氏名	
----------	--

登録児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日
	児童氏名			男・女	(西暦) ( 歳 月)
	自宅住所	〒( - )			
	自宅電話				
	通園施設名	( ) 保育園・幼稚園			
	かかりつけ医	( ) 医院・病院 ( ) 先生			
緊急連絡先	父	氏名:	母	氏名:	
		勤務先名:		勤務先名:	
		勤務先電話:		勤務先電話:	
		携帯電話:		携帯電話:	
健康状況報告	健康状況		体質等		
	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 病弱である(病名: )		平熱 [ °C] <input type="checkbox"/> お腹が弱い <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい <input type="checkbox"/> その他( )		
	慢性疾患での通院・経過観察		アレルギーの有無		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(疾患名: )		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(種類: )		
	熱性痙攣の有無	既往歴			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
生活					
食事 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食 睡眠(午睡時間) <input type="checkbox"/> 午前 : ~ : <input type="checkbox"/> 午後 : ~ :					

※訂正がある場合は、2重線で抹消のうえ、訂正印(サインで可)をお願いいたします。

## 確認事項

- キャンセルの場合は、ご利用時間前までにご連絡ください。
- 保育園の空き状況等により、ご利用いただけない日時がある可能性もございますので、あらかじめご了承ください。(お電話での予約時にお伝えいたします。)