

【3号様式（3-1）】若竹子どもルーム 一時預かり用 児童名簿

- この様式と第4号用紙と一緒に、利用予定月の前月20日まで（20日が休みの場合は20日直前の最終稼働日まで）にご提出ください。※初めてご利用の場合は、面談も行いますので、まずご連絡ください。
若竹子どもルーム TEL043-231-2114（若竹保育園方）
- 次回以降、一時預かりを利用される場合は、その年度の初回利用時、もしくは年度途中に下記内容に変更がある場合を除いて、当様式の提出は必要ありません。4号様式のみご提出ください。

施設提出日 年 月 日

ふりがな				生年月日		年 月 日	
児童名				年 月 日			
現住所		〒					
TEL				メール			
保護者氏名				続柄			
学校名			学年	年	組	担任	先生
緊急 連絡先 （日中、 連絡の取 れる連絡 先、職場 など）	保護者名	父		携帯			
		ふりがな					
		氏名		勤務先			
				TEL			
	母		携帯				
	ふりがな						
	氏名		勤務先				
			TEL				
保護者以外	ふりがな		連絡先（自宅・勤務先・携帯）				
	氏名		電話番号				
	本児との関わり（ ）		連絡先（自宅・勤務先・携帯）				
			電話番号				
ふりがな		連絡先（自宅・勤務先・携帯）					
氏名		電話番号					
本児との関わり（ ）		連絡先（自宅・勤務先・携帯）					
		電話番号					
＜家族構成＞同居人							
氏名		生年月日		本人との続柄		備考（勤務先、学校名等）	
その他							

↓緊急連絡先順位を記入して下さい。必ず連絡がつく順にしてください。

※利用が受理できなかった場合、この書類は責任を持って破棄いたします。（裏面あり）

【3号様式（3-2）】ルームまでの経路図／保険証・受給券の写し

児童氏名

自宅から子どもルームまでの略図

保険証・医療費助成受給券の写しを貼り付けて下さい。

【3号様式 (3-3)】

健康調査票

提出日 年 月 日

	性別	生年月日	平熱
児童氏名	男・女	年 月 日	℃
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ●原因食品・物質名 [] ●植物、動物、薬、その他アレルギーがあり、検査で陽性反応 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ●アナフィラキシーショックの経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 か月ごろ)		
健康記録	●現在、通院・経過観察中のケガや病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (傷病名:) ●これまでの大きなケガや病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (傷病名:) (いつごろ) ●日常生活 <input type="checkbox"/> 1. 支障なし <input type="checkbox"/> 2. 配慮が必要 <input type="checkbox"/> 3. 支援が必要 [2. 3. の場合、具体的にどのような配慮、支援が必要ですか] ●運動制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [「あり」場合、具体的にどのような運動制限が必要ですか?] ●常用している薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [「あり」…どのような薬ですか?] ・お子さん自身で服用できますか? <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 促しが必要		
保育参考	お子さまの性格を教えてください。 お子さまはどんな遊びが好きですか。		
かかりつけ医	小児科： 眼科： 耳鼻科： 整形外科： 皮膚科： その他：		
その他			