一時保育利用申込書

＊おこさまのご様子によってはお預かりできない場合もございます

こども	ふりがな 男 女 普段の呼び名（　　）	生年月日	２０　　年　　月　　日生 満　　歳　　ヵ月
保護者①	氏名 （続柄　　）	住所	〒　　－
	［登録番号　　］	TEL	―　　―
利用日	２０　　年　　月　　日　　曜日		
予約時間	時　　分　から　　時　　分　まで		
お迎えの時間 お迎えに来る方	時　　分	上記以外の方がお迎えの場合 （登録済の方）　⇒	氏名 （続柄　　）
主な滞在場所	シリウス館内　（　　階・　　） シリウス館外　（ 就労 ・ 通院 ・ リフレッシュ ・ その他　　）		
緊急連絡先 ※①以外の方で必ず連絡がつく方を記入してください	1	□連絡先名 □氏　　名 （続柄　　）	TEL　―　　―
	2	□連絡先名 □氏　　名 （続柄　　）	TEL　―　　―
	3	□連絡先名 □氏　　名 （続柄　　）	TEL　―　　―
体温	検温時間　　：	体温　　．　　℃（平熱体温：　　．　　℃）	
睡眠	就寝　　：	起床　　：	
機嫌	機嫌　普通 ・ 良 ・ 悪	体調　良好 ・ その他（　　）	
排便	前日　普通便 ・ 軟便 ・ 固い便　回数：　　回 ・ なし		
	今朝　普通便 ・ 軟便 ・ 固い便　回数：　　回 ・ なし		
直近の食事	時間　　： ・ミルク　　cc　（ミルクの品名：　　） ・メニュー（量）（　　）		
24 時間以内の与薬状況	なし・あり　直近の与薬時間　　日　　時頃 薬の種類（　　） 定期的に服用している薬がありますか　なし・あり（　　）		
保育施設の利用経験	なし・あり　（ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 一時保育 ）		
連絡事項 おこさまの様子			

大和市屋内こども広場　TEL046-259-7592

受け入れ時間	送り出し時間

240401

【アレルギーについて】　※災害時に必要になる場合がありますので必ずご記入ください		
食物アレルギー、飲み物アレルギーはありますか　なし ・ あり		
「あり」の方はアレルギーの内容をお書きください		
注意事項：		
【療育手帳・障がい者手帳について】　なし ・ あり		
【既往歴について】　なし ・ あり		
・けいれん（有熱・無熱）	初回（　年　月　日）	最後（　年　月　日）
・喘息　・アトピー性皮膚炎		
・脱臼　肩（左・右）、腕（左・右）、その他（　）		
・その他の病歴、通院歴		

3 日以内に予防接種を受けましたか はい　→　月　日　（予防接種名　） いいえ	
お預かりの時間にお昼寝をしますか はい　→　寝かせる際に気をつける事はありますか いいえ	[　]
本日お預かりする上で気を付ける事はありますか	
絆創膏を使用する場合は常備してあるもので良いですか　はい ・ いいえ	

＜重要事項＞

・「大和市屋内こども広場利用手引き」をよく理解し、その指示に従い屋内こども広場の秩序を乱す行為などをいたしません。

・一時保育利用にあたり集団保育に影響があるこどもの身体的疾患、持病はありません。
万一、上記が原因となる事故などが発生した場合に屋内こども広場に対し、一切の責任を問いません。

・保育が上限の 4 時間、または、保育室の閉館時間（19 時）を超えた場合は利用料金とは別に次のとおり延滞料金を徴収します。

【上限 4 時間を超えた場合】1,000 円/時間
【閉館時間を超えた場合】1,500 円/回

・以下のいずれかに該当する場合には、保育室の利用者登録の抹消に同意します。
（事故・災害などのやむを得ない事情を除く）

・無断キャンセル
・度重なる遅刻行為

年　月　日

□了承しました ⇨ 保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿