

市町村受付年月日

保育所等における保育の利用申込書

※転所申請用

松 原 市 長 殿

年 月 日

保育所等における保育の利用について、次のとおり申し込みます。

保 護 者	現住所	〒580- 松原市			
	氏 名	印	自 宅	—	—
			携帯 (父)	—	—
			携帯 (母)	—	—
現在利用中の保育所等名					
保 育 の 利 用 を 希 望 す る 保 育 所 等 名	第1希望	保育所	(転所を希望する理由)		
	第2希望	保育所			
	第3希望	保育所			
	第4希望以下				
保育の利用を希望する期間	年 月 日 ~		年 月 日		
利用する子ども	ふりがな		生 年 月 日	性 別	保護者との続柄
	氏 名		年 月 日生	男・女	
利用する子ども全員を記入 (同居の人全員の家族)	氏 名	本人との続柄	生 年 月 日	勤 務 先 名	
			・	・	
			・	・	
			・	・	
			・	・	
			・	・	
支給認定証番号	() ※既に保育の必要性の認定を受けている場合のみご記入ください。				

備考 子ども2人以上の利用を希望するときは、1人につき1枚の申込書を提出してください。

利用調整時の条件

1. 2人以上の児童を申し込みされている方のみご記入ください。

- ①同じ保育所に同時期に転所できる場合のみ転所する
- ②別々の保育所でも転所する
(優先児童名 () ・ どちらからでもよい)

児童の状況等

1. 児童の心身障害について

- 無 ・ 有 (障害名 (手帳等の有無: 有 ・ 無))

2. 児童問診表 記入日 年 月 日

発達 の 状 況	○妊娠・出生時に異常はありましたか <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()		
	出生時 (週)	体重 (g)	身長 (cm)
	○首のすわり (か月)	○寝返り (か月)	○おすわり (か月)
	○歩き始め (か月)	○人見知り (か月)	○片言をいう (か月)
	○指さしをしますか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
	○簡単な指示・禁止がわかりますか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
身 体 の 様 子	○簡単な会話ができますか <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ		
	○今までに定期健診は受けてきていますか (受けたものにチェックしてください)		
	<input type="checkbox"/> 4か月健診	<input type="checkbox"/> 乳児後期健診	<input type="checkbox"/> 1歳7か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳6か月健診
	○健診時に指導や指摘を受けましたか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(下記も記入してください)		
	(内容)		
	○「ひきつけ」や「けいれん」をおこしたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	は い の 場 合	・ (歳 か月頃) に (_____℃・発熱なし) の状態でおこりました	
		・発熱時医師から座薬の指示がありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(_____℃以上)	
		・今までにけいれんを何回おこしましたか _____回 (その内入院は____回)	
	○「アレルギー」はありますか		
	ぜんそく	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (歳 か月頃)	
	食べ物	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (種類)	
	その他	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (起因物質)	
	検査医療機関 ()	検査実施日 (年 月)	
	○大きな病気にかかったことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(病名)		
○定期的に通院している病気はありますか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(下記も記入してください)			
病名:	病院名:	通院: か月 回	
○毎日つづけて飲む薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい ()			
○予防接種状況がわかるもの(母子手帳等)をご持参ください			

子どもさんの健康状態や発達について気になること、心配なことがあれば書いて下さい。 なし

注 各項目について該当する□欄にチェックをして、必要事項を記入してください。