

保育申込書

保育室 シティガーデン TEL : 045 (345) 8181

児童氏名				予約内容		
				日時	年 月 日 ()	: ~ :
生年月日	平成	年	月	日	食事	給食・持参【内容】
	(歳	ヶ月)		おやつ	提供・持参【内容】
性別	男	・	女	体重	Kg	補食 持参【内容】

保護者名 _____ 印 _____

おねがい 送迎者が異なる場合は、お迎えの方のお名前をお書き下さい。 また、必ず身分証（免許証可）の提示が必要となります。 届出されていない方へのお子様のお引渡しは致しません。
お迎えの方 (続柄) 連絡先

託児される理由	
緊急連絡先	①【 】 TEL : - - ②【 】 TEL : - -

前日の様子

夕食の内容	
睡眠 (昨夜から)	: ~ : (時間)

乳児のみ

最終授乳時間	(:) 母乳 ・ 粉ミルク (ml)
保育時間内の授乳目安	(:) 頃 ml / (:) 頃 ml / (:) 頃 ml

本日の様子

体温	℃ (:) 頃	平熱	℃
機嫌	良 ・ 普 ・ 悪 ⇨ 悪い場合は具体的に【 】		
登園前の食事時間	(:) 頃	食事内容	朝 ・ 昼 ・ 夕 【 】
排便時間及び状態	(:) 無 ・ 有 (軟 / 普 / 硬)		
体調	良 ・ 普 ・ 悪		

頭痛・発熱・咳・鼻水・嘔吐・下痢・感染症等の症状が見られた場合は病児預かりとなります。

★この様な症状がある場合、点線より先もご記入下さい。

*通常の持ち物に加え、保険証、乳児医療証、おくすり手帳、マスクが必要です。

*病児預かりをする場合、必然的に医師の診察を行い、その診断により検査、治療、投薬が行われます。

*シティクリニックでの診察及び、治療を忌避される場合お預かりできません。

・シティクリニックでの受診経験はありますか? いいえ ・ はい ID No. _____

・症状についてご記入下さい。 いつから、どのような症状など

月 日 (:) 頃 °C 症状

月 日 (:) 頃 °C 症状

・上記の症状のため受診はしましたか? いいえ ・ はい (診断名 _____)

・『はい』の方

①受診は

シティクリニックにて 月 日 (:) 頃 °C 診断名

他院にて 月 日 (:) 頃 °C 病院名 _____ 診断名 _____

②処方された薬名をご記入下さい。 <おくすり手帳持参の場合、省略可>

薬名 _____

③登園前の内服 有 ・ 無 内服内容 _____ 内服時間 (:) 頃

④保育時間中の投薬があればご記入下さい。

薬名 _____ 内服予定時間 昼前 ・ 昼後 ・ 夕方頃 ・ 夕食前 ・ 夕食後

内服方法 _____

・インフルワクチン [1回目] 年 月 日 ・ [2回目] 年 月 日 ・ 未接種