24時間型緊急一時保育事業　利用申し込み書

令和　　年　　月　　日　記入者

ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日 年　月　日 歳　か月	登園時体温 ℃	20時を過ぎる場合 入浴 する ・ しない
利用事由 （保護者の状況）	ア 急な就労　イ 急な傷病・出産　ウ 冠婚葬祭　エ 介護　オ 兄弟の用事				
	カ その他（　　）				
	所在地名〔　　〕　連絡先①〔　　〕				
	住所〔　　〕　連絡先②〔　　〕				
利用期間	令和　年　月　日　時　分　から				
	令和　年　月　日　時　分　まで				
送迎者（続柄）	送り:　（　　）・迎え:　（　　）				
食事	なし ・ あり　回（朝食 ・ 昼食 ・ 夕食）アレルギーなどによる食事制限（ あり ・ なし ）				
利用料金	保育料　円　食事代　円　計　円				

病気など緊急を要する事項が発生した場合は、医療機関に受診させていただきます。 ※下記にご記入ください

保護者不在（連絡がとれないなど）の場合は、医療機関への受診をあおぞら保育園に委任任いたします。

保護者氏名　　印

※再利用者はここまでの記入となります

保護者	氏名　（児童との続柄）			
	住所　横浜市　区			
	電話番号	携帯番号		
児童の状況	保育園・横浜保育室・認可外保育所・家庭福祉員・幼稚園・認定こども園		名称（　）・在宅	
出生状況	在胎週数　週	体重　（　）g　身長（　）cm	正常 . 異常（　）	

既往歴 今までに かかった病気の番号に〇をつけて ください	1. 麻疹（はしか）		5. 突発性発疹	
	2. 水痘（みずぼうそう）		6. 喘息	薬を飲んでいる （ 毎日 ・ 発作時だけ） 薬は飲んでいない
	3. 風疹（三日ばしか）		7. 熱性けいれん	初回　歳　最後は　歳　ヵ月 これまでに　回
	4. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		8. その他（　）	

予防接種 これまでうけたものの番号に〇をつけ、接種年月日を記入してください	1. ヒブ（インフルエンザ菌b型）	1回目　年　月　日	7. 三種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風）または四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）	1回目　年　月　日
		2回目　年　月　日		2回目　年　月　日
		3回目　年　月　日		3回目　年　月　日
		追加　年　月　日		追加　年　月　日
	2. 小児用肺炎球菌	1回目　年　月　日	8. ポリオ	1回目　年　月　日
		2回目　年　月　日		2回目　年　月　日
		3回目　年　月　日		3回目　年　月　日
		追加　年　月　日	9. B型肝炎	1回目　年　月　日
	3. BCG	年　月　日		2回目　年　月　日
	4. 日本脳炎	1回目　年　月　日		3回目　年　月　日
		2回目　年　月　日	10. ロタウィルス	1回目　年　月　日
		追加　年　月　日		2回目　年　月　日
	5. MR（麻しん・風しん）	第1期　年　月　日		3回目　年　月　日
		第2期　年　月　日	11. おたふくかぜ	1回目　年　月　日
	6. 水痘	1回目　年　月　日		2回目　年　月　日
		2回目　年　月　日	12. インフルエンザ	0歳　1歳　2歳　3歳　4歳　5歳
	13. その他			

家族の状況（同居人も含む）

氏名	続柄	勤務先/電話番号	氏名	続柄	勤務先/電話番号