

月極入園 申込書	月極入園 申込書	お子様の 状況	月極 契約書	健康診断書	健康保健書 コピー	乳幼児医療書 コピー	お迎えの方 全員の写真	アレルギー 調査票	緊急時 引渡表	健康 調査票	母子手帳 確認

# 月極入園申込書 2024年度

入園日：

児童名 (フリガナ)	性別	愛称	生年月日	血液型
	男・女		平成・令和 年 月 日	A・B・O・AB (RH+・-)
ご自宅住所 〒				ご自宅電話番号 ( ) -
希望コース	週	日コース	契約開始日	年 月 日
希望曜日 (○を付ける)	月・火・水・木・金・土		利用希望時間 (基本時間 8:00~18:00)	: ~ :
児童の住民票所在地 (ご自宅と異なる場合)				
〒				

	氏名 (ふりがな)	続柄	生年月日	年齢	携帯電話番号 (緊急時連絡)
世帯 状況					

お父様 の勤務 状況	勤務先名		勤務時間	: ~ :	
	所在地				
	電話番号		勤務形態	常勤・パート・自営業・その他( )	
	メールアドレス		PCアドレス		
お母様 の勤務 状況	勤務先名		勤務時間	: ~ :	
	所在地				
	電話番号		勤務形態	常勤・パート・自営業・その他( )	
	メールアドレス		PCアドレス		

保育を必要とする理由	①勤務により不在 ②自営業または内職 ③出産 ④ 病気 ⑤休職中 ⑥看護・介護 (誰を? ところで? ) ⑦その他 ( )
------------	--

## アンケート

会報やHP等にお子様の写真を掲載してもよいですか? <input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 承認しません
当園を何でお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 友人の紹介 <input type="checkbox"/> 役所からの案内 <input type="checkbox"/> その他
入園を希望する理由を以下の中からお選びください (複数選択可) <input type="checkbox"/> 認可保育所の入所要件にあわないから <input type="checkbox"/> 認可保育所の定員空きがなかったから <input type="checkbox"/> 認可保育所の時間があわないから <input type="checkbox"/> 駅に近く送迎に便利だから <input type="checkbox"/> 延長保育が利用できるから <input type="checkbox"/> 土に利用できるから <input type="checkbox"/> 保育内容が気に入ったから <input type="checkbox"/> 保育スタッフの対応が気に入ったから <input type="checkbox"/> その他
メールマガジンの配信をしてもよろしいですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

# 月極入園申込書(2024年度)

入園日：

## ① 保育を必要とする理由

- 1、勤務により不在 2、自営業や内職 3、出産 4、病気 5、求職中  
6、看護・介護（誰を？ どの施設？）  
7、その他（ ）

## ② 認可保育園への申込をされていますか？

- i. 申込中  
ii. 申込していない（理由： ）  
iii. 登園が第一希望でしょうか？ はい ・ いいえ

## ③ その他、同居の18歳以上の親族の方はいらっしゃいますか？

- i. いない  
ii. いる → 続柄（ ） 、日中は（在宅・外出・その他）

## ④ アイキッズ認証保育園について

I. 当園に惹かれた理由（複数回答可）

- 1、家から近いから 2、職場に通いやすいから 3、預かり時間が長いから  
4、料金が安いから 5、手ぶらで通園できるから 6、カリキュラムに魅力を感じたから  
7、園の雰囲気が良い 8、職員に魅力を感じたから 9、園内がきれいだから  
10、園外環境（公園など）に恵まれているから

II. 当園に入園したい理由をお書きください。

# お子様の様子について（月極用）

入園日：

児童名		記入日		年	月	日
1	平熱	℃	2	血液型	型	
3	現在または最近の傾向					
<p>熱を出す ・ 風邪をひきやすい ・ 気管支が弱い よく下痢をする ・ よく便秘をする ・ よく鼻血を出す</p> <p>*その他のことがあればお書き下さい ( )</p> <p>*その時に行われる対処方法や服用している薬があればお書き下さい ( )</p>						
4	お子様の病気について医師からの注意事項があればご記入ください					
5	薬アレルギーについて					
<p>ない ・ ある (薬品名： /症状： )</p>						
6	食事形態について					
<p>幼児食</p> <p>離乳食 ( 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期 ) ( 回食)</p> <p>ミルク ( 母乳 ・ 粉ミルク ) ( cc 時間間隔)</p> <p>*自分でご飯を食べられますか (食べられる ・ 食べる練習をしている ・ 食べさせている)</p> <p>*好きな食べ物 ( )</p> <p>*嫌いな食べ物 ( )</p>						
7	睡眠について					
<p>普段の睡眠時間 ( 時間くらい) 夜の入眠時間 ( 時頃)</p> <p>お昼寝の習慣 ( ある ・ たまに寝る ・ 好きな時に寝かせている ・ ない)</p> <p>お昼寝の時間 ( 回/ 時間くらい) ( 時頃)</p> <p>すぐに寝つきやすい ・ 抱っこで寝る ・ おんぶで寝る</p> <p>-----</p> <p>*その他になにか癖があればお書き下さい ( )</p>						
8	排泄について					
<p>おむつ ・ トレーニング中 ・ 一人でできる</p>						
9	ご家庭でのしつけや気をつけていることがありましたらご記入ください					
10	保護者の方から見られたお子様の性格をご記入ください					
11	当園への希望がございましたらご記入ください					

# 食物アレルギー調査票

年度： 2024 年度  
クラス： 組  
記入日： 年 月 日

氏名：  
生年月日：H・R 年 月  
アレルギー診断書の提出： 有 ・ 無

- 食物に関するアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ  
●アレルギーの種類は何ですか？ 卵・乳・小麦・魚卵・穀物類・そば・果物・ピーナッツ・その他( )

※与えて良いものは「良い・つなぎ程度」、与えないものは「全く与えない」に○を付けて下さい。

食品名	提供状況			備考
卵	卵黄	良い ・	つなぎ程度 ・	全く与えない
	卵白	良い ・	つなぎ程度 ・	全く与えない
	全卵	良い ・	つなぎ程度 ・	全く与えない
	*卵を使っている可能性がある食品です。与えてはいけないものに○をつけて下さい。 マヨネーズ ・ ハム ・ ベーコン ・ ウィナー ・ コンソメ ・ 魚介練り物 ・ ロールパン ・ プリン その他 ( )			

乳・乳製品	牛乳	飲用 ・	つなぎ程度 ・	全く与えない
	チーズ	良い ・	つなぎ程度 ・	全く与えない
	生クリーム	良い ・	つなぎ程度 ・	全く与えない
	ヨーグルト	良い ・	つなぎ程度 ・	全く与えない
	バター	良い ・	つなぎ程度 ・	全く与えない
	スキムミルク	良い ・	つなぎ程度 ・	全く与えない
	その他与えてはいけない食品を記入して下さい。			

穀物	米	良い ・	全く与えない	
	小麦粉	良い ・	つなぎ程度 ・	全く与えない
	パン	良い ・	全く与えない	
	そうめん	良い ・	全く与えない	
	うどん	良い ・	全く与えない	
	スパゲティ	良い ・	全く与えない	
	お麩	良い ・	全く与えない	

イモ類	さつまいも	良い ・	全く与えない	
	ジャガイモ	良い ・	全く与えない	
	里芋	良い ・	全く与えない	
	とろろ芋	良い ・	つなぎ程度 ・	全く与えない
	山芋	良い ・	つなぎ程度 ・	全く与えない

## 野菜類

にんじん・ほうれん草・トマト・なす・えのき・たけのこなどの野菜類

良い ・ 全く与えない

与えてはいけない食品を記入して下さい。

## 果物類

バナナ・パイナップル・キウイ・メロン・りんご・オレンジ・桃・レーズン・ブルーベリーなどの果物類

良い ・ 全く与えない

与えてはいけない食品を記入して下さい。

## 豆類

インゲン豆・うずら豆・ピーナッツ・アーモンド・小豆・黒豆などの豆類

良い ・ 全く与えない

与えてはいけない食品を記入して下さい。

食品名		提供状況			備考
大豆・大豆製品	大豆	良い	・	全く与えない	
	豆腐	良い	・	全く与えない	
	高野豆腐	良い	・	全く与えない	
	納豆	良い	・	全く与えない	
	枝豆	良い	・	全く与えない	
	おから	良い	・	全く与えない	
	油揚げ	良い	・	全く与えない	
	厚揚げ	良い	・	全く与えない	
	がんも	良い	・	全く与えない	
	きな粉	良い	・	全く与えない	
調味料・香辛料・その他	しょうゆ	良い	・	全く与えない	
	みそ	良い	・	全く与えない	
	大豆油	良い	・	全く与えない	
	米酢	良い	・	全く与えない	
	カレー粉	良い	・	全く与えない	
	トマトケチャップ	良い	・	全く与えない	
	ゴマ	良い	・	全く与えない	
	ごま油	良い	・	全く与えない	
	サラダ油	良い	・	全く与えない	
	オリーブ油	良い	・	全く与えない	
	なたね油	良い	・	全く与えない	
	そば	良い	・	全く与えない	
	ゼラチン	良い	・	全く与えない	
	寒天	良い	・	全く与えない	
かつおだし	良い	・	全く与えない		
こんぶだし	良い	・	全く与えない		
肉類	鶏肉	良い	・	全く与えない	
	豚肉	良い	・	全く与えない	
魚類	ししゃも	良い	・	全く与えない	
	タラ	良い	・	全く与えない	
	サケ	良い	・	全く与えない	
	カレイ	良い	・	全く与えない	
	さわら	良い	・	全く与えない	
	煮干し	良い	・	全く与えない	
	その他与えてはいけない食品を記入して下さい。				
貝類	アサリ	良い	・	全く与えない	
	しじみ	良い	・	全く与えない	
	えび	良い	・	全く与えない	
	桜えび	良い	・	全く与えない	
	いか	良い	・	全く与えない	
	かに	良い	・	全く与えない	
粉ミルク	いつも飲んでいる 粉ミルク名				

# 緊急時引渡票

入園日：

フリガナ 園児名		住所						
		電話番号						
生年月日	平成・令和	年	月	日	保険証	社保・国保・共済	記号	番号
血液型	型		保険者番号		被保険者名			
フリガナ		携帯電話番号						
父氏名		勤務先住所						
勤務先名								
部署名			電話番号		(内線)			
フリガナ		携帯電話番号						
母氏名		勤務先住所						
勤務先名								
部署名			電話番号		(内線)			

ご連絡をさせて頂く順番(ご連絡のつきやすいものからお願い致します。)

1	氏名	保育時間中の所在地・時間	住所	保育園までの時間	通常
	続柄 ( )		電話		緊急徒歩
2	氏名		住所		通常
	続柄 ( )		電話		緊急徒歩
3	氏名		住所		通常
	続柄 ( )		電話		緊急徒歩
4	氏名		住所		通常
	続柄 ( )		電話		緊急徒歩
備考					

※この票は、災害時などの引き渡しのための調査です。内容に変更があった時は、速やかに保育園にご連絡下さい。

※迎えに来る人の欄1～4の順番は、最も可能な方から(お父さん、お母さんを含め)記入してください。必ずしも4名を記入する必要はありません。

※保育園までの時間は、迎えに来る人が子どもの保育時間中にいる所からおよその時間(通常の場合と緊急時に歩くことを想定した場合)を記入して下さい。

※備考欄は、特別な事情のある人、あるいは他にも向かえに行かなければならない子どもがいるなどを記入して下さい。

入園日：

# 児童健康調査票

アイキッズ認証保育園

児童名 (フリガナ)	性別	生年月日	年齢	保護者名	続柄	日中保育している方
	男・女	平成・令和 年 月 日	年 歳 満 歳 カ月			母・父・祖父母 その他 ( )

あてはまるところに○、空欄には内容をご記入ください。

成育歴	出産時状況	出生体重 ( g) 身長 ( cm)	乳児期について	栄養方法について教えてください。	母乳・粉ミルク・混合		
		頭囲 ( cm) 在胎週数 ( 週 日)		離乳について記入して下さい。	開始 月 日		
		お産：正常・帝王切開・吸引・その他 ( )		首がすわったのはいつですか？	完了 歳 月 日		
		妊娠中に母体に異常がありましたか？		歩き始めたのはいつですか？	歳 月 日		
		いいえ・はい ( )		パパママなどの言葉を話し	歳 月 日		
		出生児に異常がありましたか？		始めたのはいつですか？			
		いいえ・はい ( )					
成育歴	予防接種	ツベルクリン反応	H・R	年 月 日	四種混合 1回目	H・R	年 月 日
		BCGワクチン	H・R	年 月 日	2回目	H・R	年 月 日
		肺炎球菌	H・R	年 月 日	3回目	H・R	年 月 日
		MR (麻疹・風疹) 1回目	H・R	年 月 日	日本脳炎 1回目	H・R	年 月 日
		2回目	H・R	年 月 日	2回目	H・R	年 月 日
		みずぼうそう	H・R	年 月 日	ロタウイルス 1回目	H・R	年 月 日
		おたふく 1回目	H・R	年 月 日	2回目	H・R	年 月 日
		2回目	H・R	年 月 日	その他 ( )	H・R	年 月 日
			H・R	年 月 日	その他 ( )	H・R	年 月 日
健康診断	健康診断 (乳児健診) を受け付けましたか？	指摘を受けた内容		感染症	今までにかかった病気に○をつけて下さい。		
	3カ月4カ月健診 ( 済 ・ 未 )				麻疹 ・ 風疹 ・ おたふく		
	1歳6カ月健診 ( 済 ・ 未 )				百日咳 ・ みずぼうそう		
	3歳健診 ( 済 ・ 未 )				その他 ( )		
	その他 ( )						
医療歴	お子様の健康について	平熱を記入下さい。	℃	「はい」に○をつけた方はご記入下さい。			
		アレルギーと言われたことがありますか？	いいえ・はい	アトピー・喘息・食物 ( ) 薬 ( ) ・ その他 ( )			
		けいれんをおこしたことがありますか？	いいえ・はい	(体温 ℃ 回) ・ 無熱性けいれん			
		大きな病気をしたことがありますか？	いいえ・はい	病名 ( ) 病名 ( )			
		大きなけがをしたことがありますか？	いいえ・はい	脱臼・骨折・その他 ( )			
		治療中の病気がありますか？	いいえ・はい	病名 ( )			
		かかりつけ医名	気になる事や園への希望をご記入下さい。 [下痢しやすい・体格が小さい等どんな事でも]			記載日	R 年 月 日
		電話番号				①更新	R 年 月 日
				②更新	R 年 月 日		
				③更新	R 年 月 日		
				④更新	R 年 月 日		
				⑤更新	R 年 月 日		