

申込者氏名		(保護者)	お子様の名前		
住所		葛飾区	丁目	番 号 (アパート・マンション名) 号室	
電話番号		自宅	()		
		連絡先 1	()	父携帯・母携帯 他()	
		連絡先 2	()	父携帯・母携帯 他()	
家族構成(世帯員)の状況(別居の世帯員は記入してください)	No.	フリガナ 氏名 ※同居者(親族・知人等)についても記入してください	続柄	生年月日 (年齢)	日中の状況 ※勤務先名・住所・勤務時間を記入してください
	1		父	(S・H) 年 月 日 (歳)	勤務先住所 勤務先 勤務時間 ~
	2		母	(S・H) 年 月 日 (歳)	勤務先住所 勤務先 勤務時間 ~
	3		子	(H・R) 年 月 日 (歳)	
	4			(S・H・R) 年 月 日 (歳)	
	5			(S・H・R) 年 月 日 (歳)	

※祖父母の状況は同居(同一住所)・別居を問わず記入してください。不存在の場合は、その理由を記入してください。

		氏名	年齢	日中の状況	住所	電話番号
祖父	父方			常勤・自営・パート・疾病 無職・看護・死亡・不明		()
	母方			常勤・自営・パート・疾病 無職・看護・死亡・不明		()
祖母	父方			常勤・自営・パート・疾病 無職・看護・死亡・不明		()
	母方			常勤・自営・パート・疾病 無職・看護・死亡・不明		()

利用希望理由	父の状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 保育を必要とする理由は何ですか <input type="checkbox"/> 仕事をしている (常勤・自営・パート・アルバイト・内職・復職予定・その他) <input type="checkbox"/> 疾病のため通院している、心身に障害がある <input type="checkbox"/> 同居親族等の介護・看護にあたっている <input type="checkbox"/> 求職活動をしている (採用内定 無・有) <input type="checkbox"/> その他()
	母の状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 保育を必要とする理由は何ですか <input type="checkbox"/> 仕事をしている (常勤・自営・パート・アルバイト・内職・復職予定・その他) <input type="checkbox"/> 出産予定があるため (出産休暇明けの復職予定 無・有) <input type="checkbox"/> 疾病のため通院している、心身に障害がある <input type="checkbox"/> 同居親族等の介護・看護にあたっている <input type="checkbox"/> 求職活動をしている (採用内定 無・有) <input type="checkbox"/> その他()
	父母の状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 父母のいずれかが不存在の場合 ・現在の状況 (<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他) ・今後の予定 (<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 親族または知人との同居 <input type="checkbox"/> その他)
	利用希望曜日:	・ 月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日
利用希望時間:	~	

※ 申込をお受けしても、必ずご利用できるとは限りませんのでご承知おください。

児童の健康状況申告書

平熱		フリガナ 児童名		
°C		(年 月 日生)		男・女
出産時	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産(週) <input type="checkbox"/> 手術・その他() <input checked="" type="checkbox"/> 出生体重 (g)			
発育歴	首のすわり(カ月) ・ ひとり座り(カ月) ・ 離乳開始(カ月)			
入園にあたり、健康や発達上で気になることを具体的に記入してください。				
ぜん息やアレルギーなどがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> アレルギー (症状・種類など)		
※現在、お子さんが病院や療育機関に通院、通所している場合には、以下の記載事項もご記入ください。				
子どもの状況	発達心配や慢性的な病気などについて	病名・障害名		
	病院・施設名			
	通院(通所)数	月・週に 回程度		
	日常使用しているお薬はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	飲み薬・塗り薬・貼り薬 (朝・昼・夜・就寝前・食間)	
	利用に関しての相談を主治医にしましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	病状や状況について詳しくご記入ください。	医者の見解		
	身体障害者手帳や愛の手帳をお持ちですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	障害者手帳 (種 級) 愛の手帳 (度)	