

一時預かりルーム 面談記録票・同意書

登録日	
登録番号	

■登録するお子さんについて

児童の名前	ふりがな	性別	写 真
		男 ・ 女	
生年月日	年 月 日 生まれ ※登録時 歳 ヲ月		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 控えているものがある		
	(物質名と症状：)		
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (初回 歳 ヲ月 ・ 最後 歳 ヲ月ごろ)		
	現在、通院・経過観察中の病気		
その他の健康	常用している薬		
	既往歴や留意してほしいこと		
障害について	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

■同意事項

くるんと子育て支援センターは、長井市から委託を受けて社会福祉法人あおぞら会が運営しています。

- ・ 37.5℃以上の熱がある場合や体調がすぐれない場合は受け入れできません。また、預かり中に発熱した場合はお迎えをお願いします。
- ・ 利用予約時間よりも早いお迎えや体調不良で早めのお迎えをお願いした場合、返金はできません。
- ・ 利用している保育施設等が感染症で休園している場合、ご家族の中に感染症の方がいる場合はご利用できません。
- ・ 一時預かり中、お子さんの安全を考慮した上で、くるんと内のあそび場や周辺散歩に出向くことがあります。
- ・ 予約時間よりも遅れる際はご連絡ください。予約時間より早い受け入れや、お迎えが遅くなった場合は30分単位で追加料金が発生します。
- ・ お迎えの際は、事件や事故防止のため「お迎えカード」の提示をお願いします。
- ・ 聞き取り内容に変更が生じた際は速やかにご連絡ください。
- ・ お子様の安全を確保できない場合、受け入れをお断りする場合があります。
- ・ 社会福祉法人あおぞら会 おひさま保育園と情報共有することがあります。

以上のことに同意し、一時預かりの利用登録を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者

■登録する子様について

氏 名

生活リズム	日常生活の様子をお聞かせください（睡眠は、←睡眠→・食事は（母乳、ミルク、食事）・遊び時間は、←あそび→などでご記入ください。	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0	
好きな遊び		
食事	段階	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク・混合（回数： 回/1日 ・ 量： cc/1回） <input type="checkbox"/> 離乳食（回数： 回/1日、 <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了）
	食べ方	<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自分で食べることができるが一部介助 <input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べることができる （ <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸（右 ・ 左）
	留意点	食欲 <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> むら <input type="checkbox"/> 小食 その他（)
排泄	オムツ/パンツ	<input type="checkbox"/> 常時オムツ <input type="checkbox"/> オムツ午睡・就寝時のみ着用 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> 常時パンツ
	トイレ（尿）	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人のできる（ <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない）
	トイレ（便）	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人のできる（ <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない）
午睡	午睡の有無	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する（午睡時間：)
	寝つき等	<input type="checkbox"/> すぐに眠る <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅く途中で起きてしまう <input type="checkbox"/> 眠ることを嫌がる
	ご家庭での午睡時の誘導	（例）抱っこでゆらゆら、添い寝でトントン、好きなタオルやおしゃぶりを持って寝るなど
体質	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ言う <input type="checkbox"/> 咳が出やすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 肌が弱い <input type="checkbox"/> 肘や肩が抜けやすい（肘・肩・右・左）	
言葉	<input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 大人の言葉に反応 <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 普通に会話ができる	
	<input type="checkbox"/> よくしゃべる <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> わかりにくい・どもる <input type="checkbox"/> 言葉が遅め <input type="checkbox"/> その他（)	
対人	<input type="checkbox"/> 人見知りをしない <input type="checkbox"/> 人見知りをする 友達と： <input type="checkbox"/> 一緒に遊ぶのが好き <input type="checkbox"/> 大人数は慣れていない <input type="checkbox"/> 手が出ることもある <input type="checkbox"/> 噛むことがある	
その他	お預かりをするにあたって、心配なこと、配慮してほしいこと、伝えておきたいこと	