

2025年度

ほいくしつ・だれでも通園プラン  
ひろば だれでも通園プラン  
一時預かり 週1コース

後期

## 共通申込書

とことこ保育室みんなのとことこ

※2025.4.2 時点の年齢  
( ) 歳児

提出日： 年 月 日

申込保護者氏名

児童氏名		生年月日 (西暦)		
フリガナ		男 女	年 月 日	
児童の兄弟姉妹の年齢		才 才 才		
自宅住所				
自宅電話番号				
父	(氏名) (年齢)			才
	(携帯番号)			
母	(氏名) (年齢)			才
	(携帯番号)			

親子写真

ほいくしつ・だれでもプラン (10~3月) 月～金			ひろば・だれでもプラン (10~3月) 火・水・木・金			預かり週1コース (10~3月) 月～金		
<希望> <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない			<希望> <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない			<希望> <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない		
<希望時間> 9~12 ・ 9~16 どちらかに○をつけて下さい			<希望時間> 火・木 9~12のみ / 水・金 13~16のみ			<希望時間> 9~13・13~17 希望の時間帯に○をつけて下さい。		
<希望曜日> 第1希望 ( ) 曜日			<希望曜日> 第1希望 ( ) 曜日			<希望曜日> 第1 ( ) 曜日		
第2希望 ( ) 曜日			第2希望 ( ) 曜日			第2 ( ) 曜日 / 第3 ( ) 曜日		

※ 複数のプランをご希望される方は、プランの希望順位を ( ) にご記入ください。

ほいくしつ・だれでもプラン ( ) 希望 / ひろば・だれでもプラン ( ) 希望 / 預かり週1コース ( ) 希望

プランに期待すること (ご自由にお書きください)

※子育ての事で相談している機関 (子ども家庭支援センター、保健センターなど) がある方は、欄内にご記入ください。

 父の状況

勤務等 状況	勤務先名		電話番号		( )	
	所 在 地		<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務			
	勤務時間	平日	時	分から	時	分まで
	求職中又は他の状況					

 母の状況 (お子さんがプランご利用時に主にいらっしゃる場所) をしてください 自宅  職場  その他

\*職場・その他の方は、(所在地) (名称) をご記入ください。

(所在地)

(名称)

裏面もあります

## お子さんについてご記入下さい

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日

### ♡ 健康状態

1. 食べものなどでアレルギー症状が出たことがありますか？ [ いいえ ・ はい ]

「はい」の方は、どんな症状ですか？また、アレルギー診断は出ていますか？

( 診断：あり・なし )

2. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？ [ いいえ ・ はい ( 今までに 回 ) ]

「はい」の方は、どんな状態でひきつけましたか？また、最後のひきつけはいつですか？

( 最後のひきつけ )

3. 脱臼をしたことがありますか？（「肘内障」と言われたことがありますか） [ いいえ ・ はい ]

「はい」の方は、（いつ） (部位) 右・左

4. 現在治療中、経過観察中の病気および、既往症がありますか？ [ いいえ ・ はい ]

「はい」の方は、病名をお書きください。

( )

5. 病気のことで治療や相談していた病院や施設、公共機関はありますか？ [ いいえ ・ はい ]

「はい」の方は、病名、症状をお書きください。

( 病名： 症状： 施設名： )

6. お子さんの発達のことで相談している病院や療育施設、公共機関はありますか？ [ いいえ ・ はい ]

( 相談内容： 施設名： )

7. 身体障がい者手帳・愛の手帳をお持ちですか？ [ いいえ ・ はい ]

### ♡ 健診受診状況

・1か月児健康診査[受けた・受けていない] ・9～10か月健康診査[受けた・受けていない]

・3～4か月健康診査[受けた・受けていない] ・1歳6か月健康診査[受けた・受けていない]

・6～7か月健康診査[受けた・受けていない] ・3歳児健康診査[受けた・受けていない]

\*その時、相談したことや指導を受けたことはありますか？[ない・ある]

( )