

一時保育のしおり

社会福祉法人 雅福社会 みやびハウス

申し込み方法

- ご利用前日までに電話で予約問い合わせをしてください。
※予約が埋まっている場合や園の行事などの理由により
利用ができない場合があります。ご了承ください。
- ご利用には事前に病院で健康診断（年に1回）が必要です。
- 予約後、ホームページより申請書類をダウンロードし、
利用当日までにご提出ください。
- 申し込みの内容が変更になる場合には、すぐに園まで
お知らせください。

利用時間

- 月曜日～土曜日（祝日含む）午前8:30から午後17:30 最大6時間
※日曜日・年末年始、所定の日はお休み

対象年齢

定員

- 生後6ヶ月～5歳
- 1日 最大2名(先着順)

利用料金

- 1時間 500円

※お迎えを10分過ぎた場合、延長になります。

1時間分の料金（500円）が発生します。

- 給食費（おやつ含む） 300円

※アレルギーのお子さんはお弁当とおやつ持参

申し込みに必要な書類

- 申請書
- 同意書
- 児童の内科健診受診票(裏表)
- 健康保険証のコピー

持ち物

- 着替え 2～3組（下着も含む）
- 水筒かストローマグ（麦茶か水）
- 紙オムツ
- フェイスタオル 1枚
- ミルクと哺乳瓶



一時保育利用申請書

記入日	年 月 日	保育園名	みやびハウス
申請保護者	フリガナ 氏名		電話 番号 ()
	住所	〒 児童との 続柄	
	勤務先	勤務先 電話	()
	勤務先住所	〒	
一時保育を 希望する期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () 曜日 (月 火 水 木 金 土)		
一時保育を 利用する理由			

お子様	フリガナ お名前	性別	
	生年月日	年 月 日 歳 ヶ月 (歳児)	
お子様	フリガナ お名前	性別	
	生年月日	年 月 日 歳 ヶ月 (歳児)	

第一緊急 連絡先	児童との 続柄	フリガナ 氏名	電話 番号	()
		住所	〒	
第二緊急 連絡先	児童との 続柄	フリガナ 氏名	電話 番号	()
		住所	〒	
送迎者	児童との 続柄	フリガナ 氏名	電話 番号	()
		住所	〒	

※訂正がある場合は、2重線を引き、訂正印をお願い致します。

【確認事項】

- ・保育時間は、予約時間内とし、当日の延長はできません。
- ・キャンセルの場合は、緊急でない限り、お早めにご連絡ください。
- ・保育園の空き状況等により、ご利用いただけない日時がある可能性もございますので、予めご了承ください。
- ・上記記入事項が変更になった場合は、すみやかにお知らせください。

一時預かり保育ご利用規約

一時預かり保育は、日常生活における突発的な事情や社会参加などにより、一時的にご家庭での保育が難しくなる場合や、保護者の方の心身のご負担を軽減するために支援が必要となる場合にご利用いただけます。以下の項目に同意して申し込めます。

- 1、心身ともに健康なお子さまが対象です。お預かり中に体調の変化が見られた場合は、速やかにご連絡いたしますので、お迎えのご対応をお願いいたします。
- 2、ご利用は先着順で1日あたり2名までとさせていただきます。ご利用の際は、事前に健康診断の受診、必要書類をご記入のうえ、利用当日にご提出ください。必要な書類はホームページからダウンロードいただけます。
- 3、利用料金は、お子さま1人につき1時間あたり500円（税込）です。1日最大6時間までご利用いただけます。別途、給食代として1日300円（税込）を頂戴いたします。食物アレルギーがある場合は、昼食・おやつをご持参いただきますようお願いいたします。
- 4、個人情報、適切に取り扱います。

同意書

みやびハウス 御中

上記内容に同意し一時預りを希望します。

年 月 日

保護者様氏名

印

（自筆の場合は押印不要）

内科健診受診票

【問診票：保護者記入】 記入日：令和 年 月 日 【入館時間： 果敢進取】

児童氏名	ふりがな	男・女	年 月 日生(歳 ヶ月)
------	------	-----	---------------

この問診票は、お子さんの体質や健康状態を知り、健康診断および健康管理に役立てるものです。
できるだけ、お子さんの日頃の健康状態をよく知っている保護者の方がご記入下さい。

平均体温	度		
最近の体の様子(該当するものに○を付けてください)			
() 目をかゆがる	() 極端にまぶしがる	() 耳を痛がる	() ゼーゼーしやすい
() 目を痛がる	() 黄色い鼻汁が出る	() 耳だれが出る	() 食欲がない
() 目やにが多い	() 鼻血がでやすい	() よく熱を出す	() ブツブツが出ている
() 目が赤い	() 鼻づまりがある	() 下痢をしやすい	
() 横目でものを見る	() よくいびきをかく	() 風邪をひきやすい	
同じ頃に生まれた他の子と比べて、遅れがあるという心配がありますか。			
ない・ある()			
これまでに乳幼児健診を受けたことがありますか。			
ない・ある(乳児一般健診・1歳6か月児健診・3歳児健診)			
予防接種の状況(該当する所に○を付けてください)		これまでにかった病気 (該当するものを○で囲み、何才でかったかを記入)	
定期 接種	肺炎球菌	未・1回・2回・3回 追加(未・済)	①水痘(才) ②おたふくかぜ(才)
	B型肝炎	未・1回・2回・3回	③麻疹<はしか>(才) ④風疹<三日はしか>(才)
	四種混合 種 混合	未・1回・2回・3回 追加(未・済)	⑤しょうこう熱(才) ⑥百日咳(才)
	Hib	未・1回・2回・3回 追加(未・済)	⑦肺炎(才) ⑧気管支炎(才)
	BCG	未・済	⑨喘息(才) ⑩胃腸炎(才)
	MR	1期 未・済 2期 未・済	⑪熱性痙攣(才) ⑫中耳炎(才)
	水ぼうそう	未・1回・2回	⑬心疾患(才) ⑭腎疾患(才)
	日本脳炎	未・1回・2回 追加(未・済)	⑮肺疾患(才) ⑯川崎病(才)
	DPT	未・1回・2回・3回 追加(未・済)	⑰手術(才) ⑱その他疾患(才)
	ポリオ	未・生(1回・2回)・不活化(1回・2回・3回・4回)	⑲その他疾患()
任意 接種	ロタウイルス	未・1価(1回・2回) 5価(1回・2回・3回)	*アレルギー あり・なし ありの場合 食物: 食物以外: アナフィラキシーの有無: あり・なし 他:
	おたふく かぜ	未・1回・2回	
医療的ケア	なし あり (詳細:)	*現在治療中又は経過観察中の疾患 なし あり→病名: (検査中・経過観察中・薬を飲んでいる) 服薬ありの場合 (詳細:)	
.....医師に相談したいこと.....			

健診実施年月日 令和 年 月 日

【 健診結果 : 医師記入 】

身長(cm) ・ 体重(kg)

診 察 所 見	発育	所見なし 所見あり(低身長 痩せ 肥満 他:)
	皮膚	所見なし 所見あり(湿疹 アトピー性皮膚炎 皮膚炎 血管腫 母斑 他:)
	頭頸部	所見なし 所見あり(大頭 小頭 大泉門 膨隆・開大・狭小 リンパ節腫大)
	顔面・口腔	所見なし 所見あり(舌小帯短縮 特徴ある顔貌 口内炎 他:)
	眼	所見なし 所見あり(斜視 視力の異常 眼瞼下垂 他:)
	耳鼻咽喉	所見なし 所見あり(外耳の異常 耳瘻孔 聴力の異常 他:)
	胸部	所見なし 所見あり(心音異常 呼吸音異常 胸郭異常 乳房腫大 他:)
	腹部	所見なし 所見あり(肝腫 脾腫 腫瘤 腎臓 他:)
	そけい外陰部	所見なし 所見あり(そけいヘルニア 停留辜丸 真性包茎 陰のう水腫 他:)
	判 定	背部
四肢		所見なし 所見あり(O脚 X脚 他:)
神経・運動		所見なし 所見あり(歩行の異常 巧緻動作の異常 麻痺 他:)
精神発達		所見なし 所見あり(発達 言葉 多動 社会性 情緒 他:)
その他の異常		所見なし 所見あり(他:)
判 定	問題なし	
	要助言	
	要観察	
	要精密検査	
	要治療	
(病名・ほか)		
医師名		