

## アロハ保育園利用（変更）申込書兼児童票

記入不要

2024年 4月 1日現在 保護者名 アロハ 花子 (自署)

入園日	年 月 日
退園日	年 月 日

フリガナ	アロハ タロウ	性別	男・女	生年月日	2024年 4月 1日		
入園児童名	アロハ たろう			申込区分	単願・併願 第1希望・第2希望・他		
住所	〒123-4567 神奈川県川崎市〇〇町123-45						
転居	〒 年 月 日						
緊急連絡先	フリガナ	アロハ ハナコ	電話番号(個人)	1	090-0000-0000	生年月日	1980年 10月 10日
	氏名	アロハ 花子	電話番号(勤務先)	3	03-0000-0000	関係	母 (同居/有/無)
	住所(本人と違う場合のみ)						
	勤務先名称 / 勤務先住所	株式会社 ハワイ 東京都〇〇区〇〇1-2-345					
	フリガナ	アロハ イチロウ	電話番号(個人)	2	090-0000-0000	生年月日	1980年 11月 11日
	氏名	アロハ 一郎	電話番号(勤務先)	4	045-000-0000	関係	父 (同居/有/無)
	住所(本人と違う場合のみ)						
	勤務先名称 / 勤務先住所	株式会社 ワイキキ 東京都〇〇区〇〇67-890					
	フリガナ	アロハ サチコ	電話番号(個人)	5	090-0000-0000	生年月日	1960年 12月 12日
	氏名	アロハ 幸子	電話番号(勤務先)	*		関係	祖母 (同居/有/無)
住所(本人と違う場合のみ)	〒123-4567 神奈川県横浜市〇〇町987-65						
勤務先名称 / 勤務先住所	/						
フリガナ		電話番号(個人)	*		生年月日	年 月 日	
氏名		電話番号(勤務先)	*		関係	(同居/有/無)	
住所(本人と違う場合のみ)							
勤務先名称 / 勤務先住所	/						
同居の家族構成	フリガナ	アロハ ハナミ	勤務先または学校名	オハナ(株)	生年月日	2000年 10月 10日	
	氏名	アロハ 花美	連絡先	03-0000-0000	関係	姉	
	フリガナ	アロハ ジロウ	勤務先または学校名	〇〇学校	生年月日	2010年 11月 11日	
	氏名	アロハ 次郎	連絡先	044-000-0000	関係	兄	
フリガナ		勤務先または学校名		生年月日	年 月 日		
氏名		連絡先		関係			
フリガナ		勤務先または学校名		生年月日	年 月 日		
氏名		連絡先		関係			
就労状況	父親		母親				
勤務時間	平日	8時00分～17時00分	9時00分～16時15分				
	土日他(在宅勤務)	9時15分～16時15分	時 分～時 分				
定休日	月・火・水・木・金・土・日		月・火・水・木・金・土・日				
通勤時間(GoogleMapより) / 利用交通機関(最寄駅)	60分/ JR〇〇駅		25分/ 〇〇線〇〇駅				
主たる送迎者	送り	父・母・他( )	迎え	父・母・他( )			
利用形態・時間 就労時間と通勤時間 により決定しますので 記入は不要です。	月極保育・一時保育	曜日	月・火・水・木・金・土・日				
	通常時	時 分から	時 分まで				
	他( )	時 分から	時 分まで				
他( )	時 分から	時 分まで					

家庭医 (家庭でのかかりつけ医)		〇〇小児科	
		〇〇クリニック	
園児の健康状態	持病	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	病名 ( ) 年 月 日から 病名 ( ) 年 月 日から
	通院	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回/週・月 病院名 ( )
	入院歴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日 ~ 年 月 日
	その後の経過		
	熱性けいれん(本人)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	発症年齢 ( 歳 6ヶ月)
	熱性けいれん(家族)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	発育	相談している病院や施設 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 施設名 ( ) 年 月 日から 相談内容 ( ) 回/週・月	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒食品名 ( 牛乳・卵 ) <input type="checkbox"/> 検査中 除去の内容 <input checked="" type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去無し 医師の指導に基づいて <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 食物以外のアレルギー ( )		
投薬	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬の名称 <input type="checkbox"/> 飲み薬 ( ) 回/日 <input type="checkbox"/> 塗り薬 ( ) 回/日 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 回/日 原則として、保育園での投薬行為はできません。		
その他	・保育園の利用にあたり、健康上または発育上、気になることが有りましたら記入してください。 ・ハラールフードについてはご相談ください。Please consult about Halal(HALAL) food.		
生活状況	家での呼び名	たろうちゃん	好きな遊び 公園のすべり台
	食事	麺類が苦手 遊びながら食べることが多い	排泄 便秘気味
	睡眠	お昼寝は2時間くらい	衣類の着脱 1人ではできません
	言葉について	ママ・パパ・まんま など	平熱 36.5℃
	集団生活の経験	一時保育を数回	備考 人見知り強い

< 以下 保育園使用欄 >