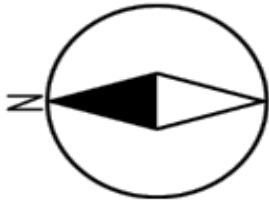


自宅地図(詳細に記入してください。)



通年利用予定曜日(○を付けてください)

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金

長期休業期間利用予定曜日(○を付けてください)

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金

土曜日の利用について

する しない

(時 分～ 時 分)

※毎月申請してください。

令和4年度 児童票

かかりつけの病院		<input type="checkbox"/> 一度も麻酔を使ったことが無い <input type="checkbox"/> 抜歯などで麻酔をかけたことがある () そのとき、気分が悪くなった () そのとき、何も起こらなかった
内科	外科	
耳鼻科	歯科	
血液型 ()型 未検査	平熱	
今までにかかった病気		食べ物・薬・動物などに対するアレルギーの有無
はしか おたふくかぜ 風疹 水疱瘡 てんかん		有() ・ 無()
中耳炎 熱性けいれん 痙攣 川崎病 基礎疾患		(内容・除去食品名など)
その他()		エピペン処方 有() ・ 無()
各園、小学校で緊急搬送に関する連携をとっている。		有() ・ 無()
健康面で気になること	生活面で気になること	社会面で気になること
<input type="checkbox"/> 発熱時に高熱になる <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 便秘がちである <input type="checkbox"/> 運動に制限がある <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> トイレが不安である <input type="checkbox"/> 服の着脱が苦手である <input type="checkbox"/> 食べ物の好き嫌が多い <input type="checkbox"/> 後片付けが苦手である <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 人見知りをする <input type="checkbox"/> 一人遊びが多い <input type="checkbox"/> 乱暴なところがある <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> その他 ()
支援員に配慮してもらいたいこと・知っておいてほしいこと		
放課後等デイサービス利用 有() ・ 無() 通所施設 ()		障がいに関すること
主にお迎えに来られる人		障がい名 ()
父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母		療育手帳 (有 ・ 無)
その他 ()		身体障害者手帳 (有 ・ 無)
		通所施設 ()

* 提出後、変更等がある場合は、必ず支援員に申し出てください。

* 本票の内容は、児童の保育以外には使用しません。

就労証明書

〒 _____ :

住 所 : _____

保護者名 : _____ 児童名 : _____

Tel _____ : _____ 携帯 : _____

就労者氏名		児童との続柄	
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
職種 仕事の内容	() 常勤 ・ 非常勤		
就労時間	① 就労時間 (平日) 時 分 ~ 時 分		
	② 就労時間 (土曜日) 時 分 ~ 時 分		
その他 (シフト制の方)	<input type="checkbox"/> 上記勤務時間を超えて勤務することがある。 <input type="checkbox"/> 時差出勤変動制のため勤務が一定していない。 もっとも早い就業時間 : 時 分 ~ 時 分 もっとも遅い就業時間 : 時 分 ~ 時 分 <input type="checkbox"/> その他 (当てはまらない場合は記入してください)		
休日	土・日 祝日 () 曜日 不定期 (1 ヶ月 日程度)		
上記の事項について事実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 (事業主) 所在地 _____ 事業者名 _____ 代表者名 _____ 印 電話 _____			

事業主の方へ

1. 上記太枠内にご記入をお願いします。
2. ①、②は、休憩時間を含む労働時間をご記入ください。
3. シフト制の方の勤務時間は、「その他」の時差出勤変動制の欄にご記入ください。