

一時預かり・保育記録

※太枠内をご記入ください

ふりがな		性別	利用日	年	月	日 ()	
児童名		男・女	生年月日 (月齢)	年	月	日生 (歳 ヶ月児)	
利用理由 (○で囲む)	就労・就労準備・職業訓練・就学・病気・出産・看護や介護・冠婚葬祭・参観日 選任手続・裁判員等・育児疲れ・買い物等・催物参加・体験入学・その他 ()						
希望する保育時間			時	分	～	時	分
今日のお迎えはどなたでしょうか			<input type="checkbox"/> 父親	<input type="checkbox"/> 母親	<input type="checkbox"/> その他 ()		
今日の緊急連絡先 (優先順位)		①	TEL				
		②	TEL				
		③	TEL				
(当日の状況を記入)	健康状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い		体温	度	分	
	朝食	<input type="checkbox"/> 食べた (時 分頃)		<input type="checkbox"/> 食べてない			
		<input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 食欲無し			
		<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> ミルク	時	分頃 (cc)	
	排便	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し	便の状態	<input type="checkbox"/> 良便	<input type="checkbox"/> 硬便	<input type="checkbox"/> 下痢	
	要望・連絡						

(園記入)	家庭への連絡	食事	午前おやつ	<input type="checkbox"/> 完食	<input type="checkbox"/> () 食べた	<input type="checkbox"/> 食べなかった
			給食	<input type="checkbox"/> 完食	<input type="checkbox"/> () 食べた	<input type="checkbox"/> 食べなかった
			午後おやつ	<input type="checkbox"/> 完食	<input type="checkbox"/> () 食べた	<input type="checkbox"/> 食べなかった
		ミルク	① 時 分 (cc)	② 時 分 (cc)
		排便	<input type="checkbox"/> 良便	<input type="checkbox"/> 硬便	<input type="checkbox"/> 軟便	<input type="checkbox"/> 下痢 (回) <input type="checkbox"/> 無
		睡眠	時 分 ～ 時 分			
	園での様子					
		(登園時間)		時 分	(降園時間)	
保育料	<input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> 4時間以上		計	円		

領収書	金額 ￥ _____					
	上記の金額 年 月 日 領収致しました					
社会福祉法人 愛児福祉会						
幼保連携型認定こども園 天神保育所						
園長 伊東 健 印						
園使用欄	担当	確認	備考			