

子育て応援隊 申込書

保育幼稚園課
TEL 55-2799
FAX 55-2979

申込年月日	H 年 月 日 ()	申込者	
利用者名		対象児名	(歳)
住所			
電話番号	自宅	携帯	

■相談内容について、該当する箇所に○印をつけてください。

<p>基本的生活習慣</p> <ul style="list-style-type: none"> 睡眠（夜泣き・寝かせ方・寝具） 授乳・離乳食 食事（食べさせ方・量・時間・おやつ） 排泄（おむつ・おねしょ・自立） その他（衣服の着脱・歯磨き・入浴） 	<p>発育 発達</p> <ul style="list-style-type: none"> 首の座り・お座り・這い這い・歩行 体や指の動き 言葉（発音・吃り・言葉の遅れ） 社会性（人見知り・他児との関わり） 性格（乱暴・わがまま・集中力） くせ（指しゃぶり・爪かみ） 	<p>医学的・健康</p> <ul style="list-style-type: none"> アレルギー 湿疹 虫歯 聴力・視力 予防接種
<p>育 児</p> <ul style="list-style-type: none"> しつけ 育児への不安 相談する人がいない イライラする <p>生活環境</p> <ul style="list-style-type: none"> 父親の育児参加 祖父母の接し方 家庭不和 近隣、地域との関わり 	<p>保育 教育環境</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の子育て支援事業情報 入園、入所の仕方・選び方 一時預かり・病気の時 習い事 	<p>遊 び</p> <ul style="list-style-type: none"> 遊び方 遊び場 玩具の選び方

■聞きたいことや相談したいことがありましたら、具体的にこちらにお書きください。

第 1 希望	月 日 ()	時 間	午前 午後
第 2 希望	月 日 ()	時 間	午前 午後
第 3 希望	月 日 ()	時 間	午前 午後

- ・訪問時間 月～金 9:30～11:30 13:30～15:30 2時間程度（移動時間含む）
- ・訪問希望日を第3希望までお書きください。相談されるご家庭の近隣の園の職員と相談員が2人一組で訪問します。
- ・申込みを受け付けた後、保育幼稚園課よりご自宅に訪問の詳細についてご連絡します。