

健康状況等確認票

※申し込み児童1人につき1枚提出

フリガナ		性別	生 年 月 日	
児童名		男・女	令和 年 月 日 (歳 か月)	
医療的ケア	保育園での医療的ケアは必要ですか ☐ はい ☐ いいえ 主治医から集団保育可能といわれていますか ☐ はい ☐ いいえ			
健康状況	今までにかかった大きな病気はありますか。 ☐ あり (病名:) ☐ なし 現在、治療や経過観察のために継続的に通院していますか。 ☐ あり ☐ なし 病院・病名 () 服薬 ☐ あり ☐ なし 現在の状況 ☐ 治療中 (通院・通所回数: 年・月・週 に 回) ☐ 経過観察 食物アレルギーはありますか。 ☐ あり ☐ なし 原因食物 () 食物除去に当たって主治医の指示がありますか。 ☐ あり ☐ なし <u>※除去食が必要な場合は、入所施設と個別に協議が必要です。</u>			
出生時の状況	出生時体重 (g) 出生時に異常がありましたか。 ☐ あり ☐ なし ※ありの場合 (病名等:) 低出生体重児 (出生児2500g未満) の場合、定期的な受診の有無 ☐ あり ☐ なし			
発達状況	お子さんの発達について、心配な点や該当する項目に✓をつけてください。 ☐ ことば ☐ 知能 ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 身体機能 (上肢 ・ 下肢 ・ その他) ☐ その他 () ☐ 専門機関に通所・相談 (通所・相談先:) 身体障害者手帳 ☐ あり (種 級) ☐ 申請中 療育手帳 ☐ あり (A1 A2 B1 B2) ☐ 申請中 ※障害者手帳等をお持ちの場合は、写しを添付してください。 日常生活で気になることがある場合は、✓をつけてください。 ☐ おむつがとれない ☐ かんしゃくをおこしやすい ☐ こだわりが強い ☐ 食事の心配がある ☐ 視線が合わない ☐ 落ち着きがなく動き回る ☐ その他 () お子様の様子で気になっていること、日頃気をつけていること、園に伝えたいこと等がありましたら記入してください。 () 乳幼児健診を受けたもの全てに✓を付け、指導や助言を受けた内容があれば () にご記入ください。 ☐ 4～5か月児健診 () ☐ 7～8か月児健診 () ☐ 1歳6か月児健診 () ☐ 3歳児健診 () 個人情報の利用について 保育施設の利用にあたり必要な場合、市が保有している乳幼児健診などの個人情報の利用について同意します。また、入所を希望する保育施設へ児童の状況を情報提供をすることに同意します。 令和 年 月 日 保護者署名			