

児童の状況等について

お子さんが安心して保育園を利用していただくため、該当する箇所がある場合は漏れなく記入をお願いいたします。  
また、必要に応じて「保育園入園に係る意見書」（さくら市様式）を医療機関にて発行してください。

|                                                    |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康状況                                               | 健康状況    | <p><b>現在の健康状況：</b> <input type="checkbox"/> 通院中・病気があり <input type="checkbox"/> 通院中・病気がなし</p> <p>病名： _____</p> <p>病院受診時期： _____</p>                                                                                                                                                                                                               |
|                                                    | 健康状況    | <p><b>過去にかかった病気：</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p> <p>【有の場合】</p> <p>病名： _____</p> <p>病院受診時期： <input type="checkbox"/> ____歳 ____か月頃から ____歳 ____か月頃まで</p> <p>現在の状況：<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中</p>                                                                                    |
|                                                    | アレルギー等  | <p><input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（品目：<b>卵</b>）</p> <p>【有の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・症状<br/>〔 <b>口のまわりがかゆくなる</b> 〕</li> <li>・アナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> 発症の可能性有 <input type="checkbox"/> 無</li> <li>・エピペンの処方 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要</li> </ul> |
| 発達・保育状況                                            | 健診の受診状況 | <p><b>乳幼児健診：</b> <input checked="" type="checkbox"/> これまで全て受診 <input type="checkbox"/> 未受診</p> <p>【未受診の場合】</p> <p>受診していない検診： ____歳 ____か月健診</p>                                                                                                                                                                                                  |
|                                                    | 健診の受診状況 | <p><b>発達相談：</b> <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 勧められたことがある <input type="checkbox"/> 受けたことがある</p> <p>【「勧められたことがある」「受けたことがある」に<input checked="" type="checkbox"/>した場合】</p> <p>時期： ____歳 ____か月頃</p> <p>児童発達支援センター・発達相談等の利用：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（利用先： _____）</p>                    |
|                                                    | 健診の受診状況 | <p><b>発達に関する医療機関の受診：</b> <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p> <p>【有の場合】</p> <p>診断名：<input type="checkbox"/> 有（診断名： _____） <input type="checkbox"/> 無</p>                                                                                                                                                         |
|                                                    | 手帳      | <p><b>手帳の有無：</b> <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p> <p>【有の場合】手帳の種類に○を付け、()内に等級等を記入してください。</p> <p>身体障害者手帳（ ____級） ・ 療育手帳（ ____級） ・ その他（ ____級）</p>                                                                                                                                                              |
| <p>その他必要な配慮や、保育園に伝えておきたいことがありましたらご記入をお願いいたします。</p> |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

上記のことについて虚偽が発覚した場合は、保育施設の入所を取り消される場合があります。また、内容については保育施設あて情報提供を行う場合があります。なお、児童の健診結果についてさくら市子ども政策課が保健センターあて問い合わせを行う場合があります。

医療機関を受診している場合は、必要に応じて「保育園入園に係る意見書」を添付してください。

上記について内容を確認のうえ、了承しました。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

保護者氏名： さくら 太郎

児童氏名： さくら 二郎