

児童の状況等について

該当する箇所に☑または記入をお願いいたします。

保育 状況	現在の 保育 方法	<input type="checkbox"/> 親族が保育：主な保育者 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母（方） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 保育施設（2・3号認定）を利用中：施設名 _____ <input type="checkbox"/> 幼稚園（1号・新1号認定）を利用中：施設名 _____ <input type="checkbox"/> その他施設を利用中：施設名 _____ <input type="checkbox"/> 託児所 <input type="checkbox"/> 企業主導型 <input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かりを利用中：施設名 _____（週 _____ 日程度） <input type="checkbox"/> その他（ ）
健康 状況	健康 状況	現在の健康状況：☐健康 ☐通院中・病気療養中 【通院中・病気療養中の場合】 病名： _____ 病院受診時期：☐ ____歳 ____か月頃から現在まで 過去にかかった病気：☐無 ☐有 【有の場合】 病名： _____ 病院受診時期：☐ ____歳 ____か月頃から ____歳 ____か月頃まで 現在の状況：☐完治 ☐経過観察中
	アレルギー 等	☐無 ☐有（品目： _____） 【有の場合】 ・症状 _____ { ・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 ・エピペンの処方 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	発達 ・ 保育 状況	乳幼児健診：☐これまで全て受診 ☐未受診 【未受診の場合】 受診していない検診： ____歳 ____か月健診 未受診の理由： _____ 発達相談：☐無 ☐勧められたことがある ☐受けたことがある 【「勧められたことがある」「受けたことがある」に☑した場合】 時期： ____歳 ____か月頃 児童発達支援センター・発達相談等の利用：☐無 ☐有（利用先： _____） 発達に関する医療機関の受診：☐無 ☐有 【有の場合】 診断名：☐有（診断名： _____） ☐無
手帳	手帳の有無：☐無 ☐有 【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。 身体障害者手帳（ ____級）・療育手帳（区分： _____）・その他（ _____）	
宗教上食べられない食材はありますか：☐無 ☐有 【有の場合】 食べられない食材（ _____）		
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。		

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こ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： _____

児童氏名： _____