

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	☒ 親族が保育：主な保育者 ☒ 母 ☐ 父 ☐ 祖父母（方） ☐ その他（ ☐ 保育施設（2・3号認定）を利用中：施設名 ☐ 幼稚園（1号・新1号認定）を利用中：施設名 ☐ その他施設を利用中：施設名 ☐ 託児所 ☐ 企業主導型 ☐ 認可外 ☐ 一時預かりを利用中：施設名（週 日程度） ☐ 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 月 日頃 過去にかかった病気： ☒ 無 ☐ 有 【有の場合】 病名： 病院受診時期： ☐ 歳 月 日頃 現在の状況： ☐ 完治 ☐ 経過観察
	ア レ ル ギ ー 等	☐ 無 ☒ 有（品目：卵 【有の場合】 ・症状 { かゆくなる ・アナフィラキシーショック ☐ 発症の可能性有 ☒ 無 ・エピペンの処方 ☐ 必要 ☒ 不要
発 達 ・ 発 育 状 況	健 診 の 受 診 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 月 日 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 月 日頃 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 〇 年 〇 月 〇 日

裏面（児童の状況等について）はお子さま
ひとりにつき1枚必要になります。

保護者氏名： さくら 太郎

児童氏名： さくら 二郎