

保育所等入所申込書補助票

記入日 西暦 ・ 令和 年 月 日

保護者氏名	こどもの氏名	性別	生年月日				
		男 ・ 女	西暦 平成 令和		年	月	日

◎ こどもの健康状況 ・該当する項目に「○」印または必要事項を記入してください。

健康状態	〔 疾 病 〕 なし ・ あり ⇒ 病 名 （ ） （ 治療中 経過観察中 治療済 ）							
	〔 通 院 〕 なし ・ あり ⇒ 1年に1回以上の通院 なし ・ あり							
	〔けいれんを起こしたことがありますか（熱性けいれんを含む）〕 ⇒ なし ・ あり それはいつごろですか？→ 年 月頃（□複数回ある場合は最近の日付）							
	〔医療的ケア〕 なし ・ あり 経管栄養 吸引 ネブライザー吸入 酸素吸入 血糖測定 インスリン注入 導尿 人工肛門・尿管皮膚ろうの装具交換 コンタクトレンズ装着 その他：内容（ ）							
		通院機関や相談機関等			期 間		診 断 名	
		西暦・H・R 年 月 日 日～西暦・H・R 年 月 日						
		西暦・H・R 年 月 日 日～西暦・H・R 年 月 日						
		西暦・H・R 年 月 日 日～西暦・H・R 年 月 日						
		西暦・H・R 年 月 日 日～西暦・H・R 年 月 日						
〔その他〕								
アレルギー等 (食物アレルギー・アトピー性皮膚炎 等)	〔アレルギー〕 なし ・ まだわからない ・ あり ⇒〔アナフィラキシー〕 なし ・ あり （原因： ） 〔 ↑アレルギー あり の場合アレルゲンについて〕 ・食物アレルギー ⇒ （原因食物： ） ・その他アレルギー等 ⇒ （状況： ） ・上記の原因食物で、調味料なども配慮する必要がありますか。 なし ・ あり ※アレルギー あり の方で、食事面や生活面での配慮が必要になる場合、診断書など医師の指示が必要になります。 ・ 上記以外で、食べたり飲んだりしてはいけない食物はありますか ⇒ なし ・ あり （食物： 理由： ）							
	障 害 名							
	身体障害者手帳		なし ・ 申請中 ・ あり （ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ） 級					
	療 育 手 帳		なし ・ 申請中 ・ あり （ A ・ B 1 ・ B 2 ）					
障害等の 状況	精神障害者保健福祉手帳		なし ・ 申請中 ・ あり （ 1 ・ 2 ・ 3 ） 級					
	特別児童扶養手当受給		なし ・ 申請中 ・ あり （ 1 ・ 2 ） 級					
他機関の利用 (療育施設等)		期 間				症状（判定・発達検査結果を含む）		
		西暦・H・R 年 月 日 日～西暦・H・R 年 月 日						
		西暦・H・R 年 月 日 日～西暦・H・R 年 月 日						
		西暦・H・R 年 月 日 日～西暦・H・R 年 月 日						
健康・発達 について		保育所等でこどもの適切な保育を行うため、身体面・運動発達、聞こえ方・物の見え方、発語・理解、行動面で配慮が必要なこと、たくさんの子ども達と一緒に過ごす中で心配なことがあればご記入ください。						