

申込児童に関する調査書

※申 お子様お一人につき一枚ご記入ください。

必要に応じて、お申し込みのうえ、または国分寺市ホームページよりダウンロードの上、ご記入ください。

| | | | |
|---|---------------|--|----------------------|
| 児童氏名 | 国分寺 二郎 | 生年月日 | 令和5年4月15日 生まれ |
| ◆ 現在の保育状況 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で保育している | | | |
| <input type="checkbox"/> 父 (<input type="checkbox"/> 育児休業取得中) | | <input checked="" type="checkbox"/> 母 (<input checked="" type="checkbox"/> 産前産後休暇または育児休業取得中) | |
| <input type="checkbox"/> 祖父母 | | <input type="checkbox"/> その他 () が保育している | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 教育・保育施設に預けている | | | |
| <input type="checkbox"/> 認可保育所等 | | <input checked="" type="checkbox"/> 認可外保育施設 | |
| <input type="checkbox"/> 幼稚園 | | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 施設名: 〇〇認証保育 (令和6年10月1日から) | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| ◆ アレルギー | | | |
| <input type="checkbox"/> アレルギーはない | | | |
| <input type="checkbox"/> 未検査のため不明 | | | |
| アレルギーがある場合は必ずご記入ください。また、希望園が申込み前に確認要の場合は、必ず確認後に申込みしてください。発作時の服薬が必要な方は、希望園に必ずご確認ください。 | | | |
| 過去に症状が出たことがある食べ物 () | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> アレルギーがある → <input checked="" type="checkbox"/> 食物アレルギーの対応可能か希望保育所等に確認した | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> ぜんそく | | <input type="checkbox"/> アトピー | |
| <input type="checkbox"/> 花粉症 | | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 食べ物 (卵) | | () | |
| 症状: () | | | |
| 服薬: 1日 () 回 (朝・昼・夕・就寝前) | | | |
| 処方薬: アレグラ(発作時のみ) (効用 アレルギー反応をおさえる) | | | |
| アナフィラキシー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (緊急時に備えた処方薬:) | | | |
| ◆ 疾病 ※複数あてはまる場合はすべてにチェック | | | |
| <input type="checkbox"/> 疾病はない | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 疾病で病院などにかかっている (完治済みや軽微な経過観察中) | | | |
| 病名: 心室中隔欠損 | | | |
| 症状: 心室に穴があいている | | | |
| 発症時期: 令和5年4月ごろ / 0歳0か月ごろ | | | |
| 医療機関名: 〇〇病院 | | | |
| 現在の状況: <input checked="" type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 通院中 | | | |
| 手術歴: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和5年7月) | | | |
| 服薬: 1日 () 回 (朝・昼・夕・就寝前) | | | |
| 処方薬: (効用:) | | | |
| <input type="checkbox"/> 相談をしている | | | |
| 相談機関: () | | | |
| 内容: () | | | |

◆ 療育 ※複数あてはまる場合はすべてにチェックしてください

 療育歴はない 療育施設に通っている（通っていた経験がある場合や、今後通う予定も含む）

施設名：

療育期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

回数：月 回 / 週 回

療育内容：

 相談をしている

相談機関：

内容：

保育をするうえで主治医から運動制限などの注意事項がある場合にご記入ください。

◆ 保育上の配慮点（医師の指導がある場合等）

 療育歴はない 療育施設に通っている（通っていた経験がある場合や、今後通う予定も含む）

施設名：

療育期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

回数：月 回 / 週 回

療育内容：

◆ その他

※記載内容については内定施設にお伝えします。