

申込児童に関する調査書

お子様お一人につき一枚ご記入ください。

い。

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6年 4 月 15 日 生まれ
◆ 現在の保育状況			
☒ 自宅で保育している			
☒ 教育・保育施設に預けている			
☐ 認可保育所等 ☒ 認可外保育施設 ☐ 幼稚園 ☐ その他 () 施設名: ○○認証保育 (令和7年 10 月 1 日から)			
☐ その他 ()			
◆ アレルギー			
☐ アレルギーはない			
☐ 未検査のため不明			
過去に症状が出たことがある食べ物 ()			
☒ アレルギーがある → ☒ 食物アレルギーの対応可能か希望保育所等に確認した			
☒ ぜんそく ☐ アトピー ☐ 花粉症 ☐ その他 ()			
☒ 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: ☐ なし ☐ 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してください			
☐ 疾病はない			
☒ 疾病で病院などにかかっている (完治済み)			
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6年 4 月ごろ / 0 歳 0 か月ごろ			
医療機関名: ○○病院			
現在の状況: ☒ 完治 ☐ 経過観察中 ☐ 通院中			
手術歴: ☐ なし ☒ あり (令和6年 7 月)			
服薬: 1日 回 (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前)			
処方薬: (効用:)			
☐ 相談をしている			
相談機関:			
内容:			

裏面に続くー

◆ 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：	
◆ 保育上の配慮点（医師の指導がある場合等）	
☒ 保育する上で配慮は不要	
☐ 保育する上で配慮が必要 内容：	
◆ その他	

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。

※記載内容については内定施設にお伝えします。