

情報シート

選考させていただくうえで必要な情報ですので、正確にご記入ください。
 なお、児童の健康状態について、記入いただいた内容が利用調整に影響することはありません。

申請する児童の氏名を記入してください	氏名	
性別に✓してください	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日 (歳)	
1. 児童の健康状態		
過去に大きな病気をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<div> <div>病名 ()</div> <div>病院名 ()</div> </div>		
入園に関し、主治医に相談していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
通院先		
診断名		
言葉やその他の発達について継続して相談・受診をしている機関はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<div> <div>内容 ()</div> <div>相談先 ()</div> </div>		
アレルギー（食物・アトピー等）はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<div> <div>アレルギーの種類・内容 ()</div> <div>判断した人</div> <div> <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 () </div> </div>		
上記アレルギーによりアナフィラキシーを起こしたことはありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<div> <div>直近で、</div> <div>年 月 頃</div> </div>		
乳幼児健診を受けましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<div> <div> <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 9か月 </div> <div> <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳児 </div> </div>		
健診時に指摘事項はありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
いつの健診のことですか 指摘事項の内容はどのようなものですか	() 健診のとき	
	<div> <div>内容 ()</div> <div>() 健診のとき</div> <div>内容 ()</div> </div>	
指摘を受けた内容について、現在はどのような状況ですか	<div> <div>問題なし</div> <div>経過観察</div> <div>その他 ()</div> </div>	
その他、健康、言葉、行動など発達面で気になることをご記入ください ※各関係機関等に問い合わせをさせていただく場合があります		
2. 現在、利用されているサービス等		
保健センター等の行政機関、通園先や利用している福祉サービスをご記入ください。		
3. 入園希望の動機		
希望の動機や紹介してくれた機関等ご記入ください。		