

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		☐ 男	☐ 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		☐ はい	☐ いいえ
		病名 ()	
		病名 ()	
入院に関し、主治医に相談していますか		☐ はい	☐ 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		☐ はい	☐ いいえ
		内容 ()	
		相談先 ()	
アレルギー（食物・アトピー等）はありますか		☐ はい	☐ いいえ
		アレルギーの種類・内容 ()	
		判断した人 ()	
		☐ 医師 ☐ 保護者 ☐ その他 ()	
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		☐ はい	☐ いいえ
		直近で、 年 月頃	
乳幼児健診を受けましたか		☐ はい	☐ いいえ
受けたものに✓をしてください		☐ 4か月 ☐ 6か月 ☐ 9か月	
		☐ 1歳6か月 ☐ 3歳児	
健診時に指摘事項はありましたか		☐ はい	☐ いいえ
いつの健診のことですか		() 健診のとき	
指摘事項の内容はどのようなものですか		() 健診のとき	
		内容 ()	
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		問題なし 経過観察	
		その他 ()	
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。			