

保育所等申込補助票

記入日 年 月 日

児童の状況	ふりがな 児童氏名	第 子 性 別	男・女	生年月日	年 月 日		
	出生時体重	g	現在の体重	g	かかりつけ医		
	運動	首のすわり	ヶ月ころ	歩行	歳 ヶ月ころ	手足の運動で 気になること	
	眼	<input type="checkbox"/> よく見える <input type="checkbox"/> あまり見えない (症状や受診状況)					
	耳	<input type="checkbox"/> よく聞こえる <input type="checkbox"/> あまり聞こえない (症状や受診状況)					
	体質・アレルギー等	ひきつけを起こしたこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回、直近: 歳 ヶ月ころ、服薬: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
		食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	原因となるもの	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> その他()		
		症状				医師の診断	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		家庭での対応	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去はしていない				
	発育・発達	食物以外	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他()				
		行動や発達等で気になること	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
		発達等で相談している機関	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (機関名:)		内容: ()		
		身体障害者手帳について	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級 級 / 障害名)				
		特別児童扶養手当証書について	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	療育手帳について	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B)		
	乳幼児健診について	<input type="checkbox"/> 受診した (<input type="checkbox"/> 3~4ヶ月 <input type="checkbox"/> 9~10ヶ月 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月 <input type="checkbox"/> 3歳6ヶ月)					
様子を見る様に言われたこと <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
<input type="checkbox"/> 受診していない							
	入園に際して心配なこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	その他伝えておきたいこと						

上記は児童の発達や健康状況等を入所前に確認し安全にお預かりできるようにするためのものです。該当する項目にもれなく記入してください。なお、回答内容で入所の可否を決定するためのものではありません。

世帯の状況等	母親の状況			父親の状況			
	病気、障害	病名()、入院(年 月 日~)			病名()、入院(年 月 日~)		
		臥床、安静、通院(日/週)、その他()			臥床、安静、通院(日/週)、その他()		
		障害名()、等級(級)			障害名()、等級(級)		
	看護、介護	病人氏名() 児童との続柄()			病人氏名() 児童との続柄()		
		病名・障害名()			病名・障害名()		
		<input type="checkbox"/> 入院(年 月 日~) <input type="checkbox"/> 入院付添い			<input type="checkbox"/> 入院(年 月 日~) <input type="checkbox"/> 入院付添い		
		<input type="checkbox"/> 居宅内看(介)護 <input type="checkbox"/> 心身障害者看護(級)			<input type="checkbox"/> 居宅内看(介)護 <input type="checkbox"/> 心身障害者看護(級)		
		看(介)護に要する時間 週平均(日)、1日平均(時間)			看(介)護に要する時間 週平均(日)、1日平均(時間)		
	祖父母の状況	【母方】 <input type="checkbox"/> 同居(世帯分離含む) <input type="checkbox"/> 別居			【父方】 <input type="checkbox"/> 同居(世帯分離含む) <input type="checkbox"/> 別居		
住所(別居の場合)			住所(別居の場合)				
祖父		氏名		祖父	氏名		
祖母		氏名		祖母	氏名		
	連絡先			連絡先			
送迎の予定	送り : <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()						
	迎え : <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()						
就学前の兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 有の場合						
	氏名()、()			氏名()、()			
備考							

※該当欄がない場合や、不足する場合は、備考欄に記入ください。
 ※記入事項に事実と相違する内容があった場合は、入所承諾を取消すことがありますので、ご注意ください。
 ※記入された内容については、保育実施を円滑に行うため、保育所等へ情報提供いたします。 受付者: _____