

該当する□にチェックし、必要事項を記入してください。括弧内の選択肢はあてはまるものに○をつけてください。

児童の状況

(申込児童が2名の場合は、裏面をお使いください。申込児童が3名以上いる場合はこの用紙を複数枚ご用意ください。)

児童氏名①	(生年月日) 年 月 日
【出生時の状況】	
●分娩時の状況 正常・異常(具体的に:)	●在胎週数: 週 日
●出生後の異常 □あり 診断名() □なし	●出生時の体重: g ⇒(2500g未満だった場合)定期受診の有無 □あり(退院済・入院中⇒退院予定日: 年 月 日頃) □なし
【健康状況】	
●お子さまの発達や慢性的な病気の(喘息等を含む)のことで相談している病院や施設はありますか。 □ある(診断名: 施設名:) □ない	
●障害者手帳(身体・精神)、愛の手帳をお持ちですか。 □あり(身体・精神障害者手帳/愛の手帳 級・度) ※お子さまが手帳を所持している場合、別途医師の意見書、保育のめやす、同意書等の提出が必要となります。 □なし	
●保育園等入園にあたり、健康上または身体の発達、ことばの発達等で配慮が必要となることがありましたらご記入ください。 □なし □あり(保育園での医療的ケアの実施が 必要・不要)※保育園での医療的ケアを必要とする場合、別途相談が必要です。	
【配慮を要する内容】	
●健康診査について (あてはまるものに○をつけてください。)	
①3~4か月健診 (健康・指摘あり・未受診)	②6~7か月健診 (健康・指摘あり・未受診)
③9~10か月健診 (健康・指摘あり・未受診)	④1歳6か月健診 (健康・指摘あり・未受診)
⑤3歳児健診 (健康・指摘あり・未受診)	⑥5歳児健診 (健康・指摘あり・未受診)
【健診時の相談内容や、担当者から言われたことがあればご記入ください。】	
【アレルギーについて】 ※お子さんにアレルギーがある場合、安全に保育を実施するため、月1回の園との打ち合わせに参加してください。	
●アレルギーはありますか。 □ある ⇒原因物質() ⇒エピペンの使用(有り・無し) □ない □検査していないため不明	●制限する食品はありますか。 □ある ⇒食品名() □ない ※まだ食べさせていない食品のアレルギーチェックについては、主治医や内定園の指示に従ってください。
【現在の保育状況】	
□自宅で保育 ⇒主に保育にあたる者(父・母・祖父母・その他親族・その他())	
□認可保育園・幼稚園・認定こども園など ⇒在籍園名(公立・私立 ⇒入園できなかった場合、上記園への継続通園を □希望する □希望しない	
□認証保育所・認可外保育施設など ⇒在籍施設名()	
【入園できなかった場合】 ※区内保育園等の在園児は記載不要です。	
□自宅保育を継続する ⇒主に保育にあたる者(父・母・祖父母・その他親族・その他()) ⇒自宅保育を継続するにあたり □育児休業を延長する(延長可能な期日: 年 月 日) □育児休業を延長しない(リモートワーク・職場帯同・知人や親族に預ける ・シッター利用・その他)	
□認証保育所等や幼稚園に通園する ⇒園名()	
□未定	

該当する□にチェックし、必要事項を記入してください。括弧内の選択肢はあてはまるものに○をつけてください。

児童の状況

児童氏名② (生年月日) 年 月 日	
【出生時の状況】	
●分娩時の状況 正常・異常(具体的に:)	●在胎週数: 週 日
●出生後の異常 <input type="checkbox"/> あり 診断名() <input type="checkbox"/> なし	●出生時の体重: g ⇒(2500g未満だった場合)定期受診の有無 <input type="checkbox"/> あり (退院済・入院中⇒退院予定日: 年 月 日頃) <input type="checkbox"/> なし
【健康状況】	
●お子さまの発達や慢性的な病気の(喘息等を含む)のことで相談している病院や施設はありますか。 <input type="checkbox"/> ある (診断名: 施設名:) <input type="checkbox"/> ない	
●障害者手帳(身体・精神)、愛の手帳をお持ちですか。 <input type="checkbox"/> あり (身体・精神障害者手帳/愛の手帳 級・度) ※お子さまが手帳を所持している場合、別途医師の意見書、保育のめやす、同意書等の提出が必要となります。 <input type="checkbox"/> なし	
●保育園等入園にあたり、健康上または身体の発達、ことばの発達等で配慮が必要となることがありましたらご記入ください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(保育園での医療的ケアの実施が 必要・不要)※保育園での医療的ケアを必要とする場合、別途相談が必要です。	
【配慮を要する内容】	
●健康診査について (あてはまるものに○をつけてください。) ①3～4か月健診 (健康・指摘あり・未受診) ②6～7か月健診 (健康・指摘あり・未受診) ③9～10か月健診 (健康・指摘あり・未受診) ④1歳6か月健診 (健康・指摘あり・未受診) ⑤3歳児健診 (健康・指摘あり・未受診) ⑥5歳児健診 (健康・指摘あり・未受診)	
【健診時の相談内容や、担当者から言われたことがあればご記入ください。】	
【アレルギーについて】 ※お子さんにアレルギーがある場合、安全に保育を実施するため、月1回の園との打ち合わせに参加してください。	
●アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> ある ⇒原因物質 () ⇒エピペンの使用 (有り・無し) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 検査していないため不明	●制限する食品はありますか。 <input type="checkbox"/> ある ⇒食品名 () <input type="checkbox"/> ない ※まだ食べさせていない食品のアレルギーチェックについては、主治医や内定園の指示に従ってください。
【現在の保育状況】	
<input type="checkbox"/> 自宅で保育 ⇒主に保育にあたる者(父・母・祖父母・その他親族・その他())	
<input type="checkbox"/> 認可保育園・幼稚園・認定こども園など ⇒在籍園名 (公立・私立 ⇒入園できなかった場合、上記園への継続通園を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
<input type="checkbox"/> 認証保育所・認可外保育施設など ⇒在籍施設名 ()	
【入園できなかった場合】 ※区内保育園等の在園児は記載不要です。	
<input type="checkbox"/> 自宅保育を継続する ⇒主に保育にあたる者(父・母・祖父母・その他親族・その他()) ⇒自宅保育を継続するにあたり <input type="checkbox"/> 育児休業を延長する(延長可能な期日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 育児休業を延長しない(リモートワーク・職場帯同・知人や親族に預ける ・シッター利用・その他)	
<input type="checkbox"/> 認証保育所等や幼稚園に通園する ⇒園名 ()	
<input type="checkbox"/> 未定	