

お子さんの健康状況について

(1枚の用紙に2人分まで記入できます)

児童名	1人目	2人目
	生年月日 (. .)	生年月日 (. .)
①病気・ことば・その他発達について、気になる点がありますか？	<input type="checkbox"/> ない →⑤・⑥の質問へ <input type="checkbox"/> ある (下欄に、気になる内容をご記入ください) 内容 (状況・症状・病名等) ()	<input type="checkbox"/> ない →⑤・⑥の質問へ <input type="checkbox"/> ある (下欄に、気になる内容をご記入ください) 内容 (状況・症状・病名等) ()
②気になる点について、相談している病院や施設等がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (下欄に、相談先をご記入ください) 病院・施設名 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (下欄に、相談先をご記入ください) 病院・施設名 ()
③「障がい者手帳」「療育手帳」等をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・申請中 (障がい者手帳・療育手帳 級)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・申請中 (障がい者手帳・療育手帳 級)
④「特別児童扶養手当」を受給していますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・申請中 (特別児童扶養手当 級)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・申請中 (特別児童扶養手当 級)
⑤アレルギー(食物・アトピー等)がありますか？それはどなたの判断ですか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他) アレルギーの種類 () 診断病院名 (判断が医師の場合) ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他) アレルギーの種類 () 診断病院名 (判断が医師の場合) ()
⑥園での保育にあたり、気をつけて欲しい点があれば、ご記入ください。		

※保護者の方へ

お子さんの健やかな成長・発達支援のために、園での保育時の様子や健康状況について、保健師、栄養士、学校等の関係機関と情報連携を行う場合があります。

同意書

子どもの状況について、利用する園以外の発達支援に関わる関係機関と情報連携する場合がありますに (同意します ・ 同意しません)。

保護者自署 _____