保育所等利用申込補助票

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | |  | | | | 生年月日 | * ・　　　　(　 　歳) |
| 児　童　の　健　康　状　態　等 | 健康診断受診の状況 | | | | □４ヶ月健診　□８ヶ月健診　□１歳６ヶ月健診　□３歳６ヶ月健診 | | |
| 健康診断時の助言、指導や健診後に保健師からの連絡等 | | |
| □ 無・□ 有(具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 持病・病歴 | | |  | □ 無・□ 有・□ 以前有(　　　年　　月頃まで)  ※有もしくは以前有の場合、下記の項目についても記入してください。 | | |
| 時　期 |  | | |
| 病名等 |  | | |
| 症　状 |  | | |
| 病院・施設名 | 通院(　　回／月・年) | | |
| 医療的ケアの必要性の有無 | | |  | □ 無・□ 有・□ 以前有(　　　年　　月頃まで)  ※有の場合は、下記の状況項目についても記入してください。  なお、ほいく課によるお子様の健康状態等の確認を実施していない場合はご連絡をお願いします。（ほいく課利用調整係：046-260-5607） | | |
| 状況 | □胃ろう　□腸ろう　□経鼻経管栄養　□喀痰吸引　□血糖値測定  □インスリン投与　□在宅酸素　□人工呼吸器　□導尿  □人工肛門の管理　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 服用中の薬 | | | | □ 無・□ 有(１日　　回 / 朝・昼・夜 / 薬の種類　　　　　　　　　　) | | |
| 障がい等 | | |  | □ 無・□ 有　※有の場合、下記の項目についても記入してください。 | | |
| 障害名 | 通院(　　回／月・年) | | |
| 障害者手帳 | □ 無・□ 有(　　　　度・　　　級) | | |
| 発達上の  心配事 | | |  | □ 無・□ 有　※有の場合、下記の項目についても記入してください。  (例)発達・言葉等の遅れ、落ち着きがない、かんしゃくが激しい等 | | |
| 内　容 |  | | |
| 相談または  利用機関 | □ すくすく子育て課(□発達支援係　□母子保健係)  □ 医療機関(医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )  □ 療育機関(療育機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) | | |
| アレルギー | | |  | □ 無・□ 有　※有の場合、下記の項目についても記入してください。 | | |
| 何に対して | 卵・牛乳・小麦・そば・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 病院の受診 | □ 無・□ 有(　病院　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 給食から  除く必要 | □ 無・□ 有 | | |
| ※アレルギー原因食品を給食から除去する必要がある場合、食物アレルギーに関する証明書（医療機関作成）を利用決定後に提出していただきます。なお、保育所等での給食調理が困難な場合は、自宅からお弁当を持参していただくことがあります。 | | |
| 集団生活において必要な配慮  (その他伝えておきたいこと) | | | |  | | |
|  | | | | | | | |
| 市記載欄 | | | □親子健康手帳確認済　・　□ 口頭確認済　・　□その他(　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |