

## 保育所等利用申込補助票

児童氏名		生年月日	平成	年	月	日	
児童の健康状態等	健康診断受診の状況		・ 4ヶ月健診 ( <input type="checkbox"/> 受診 ・ <input type="checkbox"/> 未受診 )				
			・ 8ヶ月健診 ( <input type="checkbox"/> 受診 ・ <input type="checkbox"/> 未受診 )				
			・ 1歳6ヶ月健診 ( <input type="checkbox"/> 受診 ・ <input type="checkbox"/> 未受診 )				
			・ 3歳6ヶ月健診 ( <input type="checkbox"/> 受診 ・ <input type="checkbox"/> 未受診 )				
	健康診断時の注意事項		時 期	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、下記の項目についても記入してください。			
			内 容				
	持病・病歴		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※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				
			服 薬	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 1日 ____ 回 朝・昼・夜 )			
	障がい等		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、下記の項目についても記入してください。				
			病名等				
			症 状				
			病院・施設名				
発達・慢性的な病気についての相談		障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( ____ 度 ・ 級 )				
		施設名	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、下記の項目についても記入してください。				
アレルギー		内 容					
		何に対して	卵・牛乳・小麦・そば・その他 ( )				
		病院の受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 病院 : )				
給食から除く必要		給食から除く必要	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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。					
保育所等の利用にあたり、健康上または発達上、気になること							

市記載欄	母子手帳確認 <input type="checkbox"/> 済 ・ <input type="checkbox"/> 口頭確認済 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	---