

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		<input type="checkbox"/> 4ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 8ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(具体的に _____)	
	持病・病歴		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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。	
	状 況		<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 血糖値測定 <input type="checkbox"/> インスリン投与 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
	服用中の薬		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(1日 _____ 回 / 朝・昼・夜 / 薬の種類 _____)	
	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。	
	障 害 名		通院(_____ 回/月・年)	
	障 害 者 手 帳		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(_____ 度・ _____ 級)	
	発達上の心配事		<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。 (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		<input type="checkbox"/> すくすく子育て課(<input type="checkbox"/> 発達支援係 <input type="checkbox"/> 母子保健係) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療機関名: _____) <input type="checkbox"/> 療育機関(療育機関名: _____)	
アレルギー		<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。		
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		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 <small>※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。</small>		
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	<input type="checkbox"/> 親子健康手帳確認済 ・ <input type="checkbox"/> 口頭確認済 ・ <input type="checkbox"/> その他(_____)
------	---