

## 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 ( <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		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。	
				病名等	
				症 状	
				服 薬	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 1日 ____ 回 朝・昼・夜 )
				病院・施設名	
	障がい等		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。	
				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	<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。 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 ( )
------	---