

児童氏名		生年月日	H・R	年	月	日
出生時の状況	① 在胎週数 () 週 ②出生時の体重 (g) 身長 (c m)					

保育状況	☐	他所に預けている（施設名： ）	☐	認可	☐	認可外	☐	その他（ ）
	☐	自宅で保育している						
	☐	職場に連れていっている						

食事	☐	離乳食
	☐	離乳食終了し、年齢相応
	☐	その他（経管栄養など） ※申込み前に必ず係までご相談ください [摂取回数、ペース等]

健診等	1ヶ月児健診				3・4ヶ月児健診				1歳6ヶ月児健診				3歳児健診						
	☐	健康	☐	要観察	☐	未受診	☐	健康	☐	要観察	☐	未受診	☐	健康	☐	要観察	☐	未受診	
	未受診の場合、理由 ※年齢未達の場合は記載不要				()														
	●上記健診等で、相談したことや、指導を受けたことがある。																		
	☐	いいえ																	
	☐	はい	→	相談・フォロー内容 及び現在の状況	()														
	●予防接種は現時点で接種可能なものは受けている。																		
※集団保育のため、接種を求められることがあります。																			
☐	いいえ	→	理由	()															
☐	はい																		

健康状態	●ことば・その他発達について、相談している病院や施設がある、又はあった。															※お子さんを安全にお預かりするため、加配職員の配置を相談させていただくことがあります。													
	☐	いいえ																											
	☐	はい →		相談機関	保健センター・その他（ ）																								
				通所施設	（ ）					手帳の発行 (写しを添付)	☐	なし																	
				診断名 相談内容	（ ）						☐	ある →	☐	身体しょうがい者手帳	☐	愛の手帳	☐	申請中											
	●病気・手術についての経歴がある。																												
	☐	いいえ																											
	☐	はい →		診断名・病名	（ ）																								
				発症時期	年 月頃 （ 歳頃）																								
				経過	☐	入院（予定）					年	月頃	～	年	月頃	まで													
					☐	手術（予定）					年	月頃	手術の内容	（ ）															
				現在の状況	☐	完治（治癒）																							
					☐	通院中・経過観察					年	月頃より	通院頻度	（ ）回 / 年・月															
				医療機関名	病院																								
	●けいれんの経験がある。																												
	☐	いいえ																											
	☐	はい →		回数	（ ）回			☐	熱性けいれん			☐	てんかん			☐	その他（ ）												
				時期	年 月頃 （ 歳頃）																								
				状況	（ ）																								
	●服用している薬がある。																												
															※園での薬のお預かりは原則行っていないため、ご希望があっても投薬ができない場合があります。														
☐	いいえ																												
☐	はい →		薬剤名	（ ）										使用目的	（ ）														
			園での投薬希望がある	☐	いいえ																								
			☐	はい →	☐	朝	☐	昼	☐	夜	☐	その他（ ）																	
かかりつけ医			（ ） 病院 ・ 所在地 市・区 （ ）																										

利用申込児童の状況書(No.2)

食物アレルギー等をはじめとした食品の摂取制限や禁止がある。

いいえ

はい →

アナフィラキシー
ショックを起こしたこ
とがある

いいえ

はい →

直近で発作を
起こした時期

年 月頃 ・ 歳頃

具体的な状況

[

]

緊急時の処方薬(エピペ
ン・内服等)がある

いいえ

はい →

使用歴

なし

ある →

直近の使用時

年 月頃 ・ 歳頃

薬剤名・
使用時の状況

[

]

宗教上の理由がある

いいえ

はい →

本紙下部の「原因物質と除去の程度」についてもご記入ください。

食物アレルギーについて、医師の指示や診断がある。

いいえ

はい →

アレルギーの
かかりつけ医

おもて面のかかりつけ医と同じ

おもて面のかかりつけ医と異なる → (病院・所在地 市・区)

食物アレルギー原因物質と除去の程度

アレルギー原因物質

飛沫・
※工場ライン

不可

可 →

*不可の場合、集団生活での食事の提供・摂取が難しい場合があります。

(※その製品の原材料には含まれない
が、そのアレルギー物質を含む製品と
共通の設備で製造している食品)

加工品

可

不可

調味料

可

不可

つなぎ

可

不可

小麦の場
合、粘土

可

不可

アレルギー原因物質

飛沫・
※工場ライン

不可

可 →

*不可の場合、集団生活での食事の提供・摂取が難しい場合があります。

(※その製品の原材料には含まれない
が、そのアレルギー物質を含む製品と
共通の設備で製造している食品)

加工品

可

不可

調味料

可

不可

つなぎ

可

不可

小麦の場
合、粘土

可

不可

アレルギー原因物質

飛沫・
※工場ライン

不可

可 →

*不可の場合、集団生活での食事の提供・摂取が難しい場合があります。

(※その製品の原材料には含まれない
が、そのアレルギー物質を含む製品と
共通の設備で製造している食品)

加工品

可

不可

調味料

可

不可

つなぎ

可

不可

小麦の場
合、粘土

可

不可

備考

*健康上、发育上的こと等、伝えたいことがありましたらお書きください。

* 食物アレルギーの原因物質が、主食・調味料に関わる食材の場合やアナフィラキシーショックを起こす可能性がある場合には、主食の持ち込みやお弁当持参となることがあります。