

# 利用申込児童の状況書(No.1)

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	③ 身長 ( ) cm					

※該当する項目の□にチェック、又はご記入ください。

保育状況	<input type="checkbox"/>	他所に預けている (施設名: )			<input type="checkbox"/>	認可	<input type="checkbox"/>	認可外	<input type="checkbox"/>	その他 ( )										
	<input type="checkbox"/>	自宅で保育している																		
	<input type="checkbox"/>	職場に連れていっている																		
食事	<input type="checkbox"/>	離乳食																		
	<input type="checkbox"/>	離乳食終了し、年齢相応																		
	<input type="checkbox"/>	その他 (経管栄養など) 摂取回数、ペース等 ※申込み前に必ず係までご相談ください [ ]																		
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							
	<input type="checkbox"/>	健康	<input type="checkbox"/>	要観察	<input type="checkbox"/>	未受診	<input type="checkbox"/>	健康	<input type="checkbox"/>	要観察	<input type="checkbox"/>	未受診	<input type="checkbox"/>	健康	<input type="checkbox"/>	要観察	<input type="checkbox"/>	未受診		
	未受診の場合、理由		( )																	
	●上記健診等で、相談したことや、指導を受けたことがある。																			
	<input type="checkbox"/>	いいえ																		
	<input type="checkbox"/>	はい	→	相談内容・フォロー内容		( )														
	●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。																			
	<input type="checkbox"/>	いいえ	→	理由	( )															
	<input type="checkbox"/>	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。																		
<input type="checkbox"/>		いいえ																		
<input type="checkbox"/>		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)	<input type="checkbox"/>	なし											
		診断名 相談内容	( )				<input type="checkbox"/>	ある	→	<input type="checkbox"/>	身体しょうがい者手帳	<input type="checkbox"/>	愛の手帳	<input type="checkbox"/>	申請中					
●病気・手術についての経歴がある。																				
<input type="checkbox"/>		いいえ																		
<input type="checkbox"/>		はい	→	診断名・病名	( )															
		発症時期	年 月頃 ( 歳頃)																	
		経過	<input type="checkbox"/>	入院 (予定)	年 月頃 ~				年 月頃 まで											
			<input type="checkbox"/>	手術 (予定)	年 月頃				手術の内容	( )										
		現在の状況	<input type="checkbox"/>	完治 (治癒)																
			<input type="checkbox"/>	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。																				
<input type="checkbox"/>	いいえ																			
<input type="checkbox"/>	はい	→	回数	( ) 回		<input type="checkbox"/>	熱性けいれん	<input type="checkbox"/>	てんかん	<input type="checkbox"/>	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。																				
<input type="checkbox"/>	いいえ																			
<input type="checkbox"/>	はい	→	薬剤名	( )				使用目的	( )											
		園での投薬希望がある	<input type="checkbox"/>	いいえ																
			<input type="checkbox"/>	はい	→	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	昼	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	その他 ( )							
かかりつけ医	( 病院 ・ 所在地 市・区 )																			

(裏面あり)

# 利用申込児童の状況書(No.2)

食物アレルギー―他	●食品の摂取制限や禁止がある。											
	<input type="checkbox"/>	いいえ										
	<input type="checkbox"/>	はい →	アナフィラキシーショックを起こしたことがある	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	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	[ ]			
	<input type="checkbox"/>	いいえ										
	<input type="checkbox"/>	はい →	緊急時の処方薬(エピペン・内服等)がある	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	なし	使用歴	<input type="checkbox"/>	ある →	直近の使用時の状況	年 月頃 ・ 歳頃
									具体的な状況	[ ]		
	<input type="checkbox"/>	いいえ										
	<input type="checkbox"/>	はい →	宗教上の理由がある									
	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。												
<input type="checkbox"/>	いいえ											
<input type="checkbox"/>	はい →	アレルギーのかかりつけ医	<input type="checkbox"/>	おもて面のかかりつけ医と同じ								
			<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	不可 →	状況の詳細 [ ]							
			<input type="checkbox"/>	可 →	加工品	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可			
		(※〇〇由来成分、〇〇を含む、〇〇を含む製品と共通の設備で製造している食品。)			調味料	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可			
					つなぎ	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可			
					小麦の場合、粘土	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可			
アレルギー原因物質		飛沫 ※工場ライン	<input type="checkbox"/>	不可 →	状況の詳細 [ ]							
			<input type="checkbox"/>	可 →	加工品	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可			
		(※〇〇由来成分、〇〇を含む、〇〇を含む製品と共通の設備で製造している食品。)			調味料	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可			
					つなぎ	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可			
					小麦の場合、粘土	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可			
アレルギー原因物質		飛沫 ※工場ライン	<input type="checkbox"/>	不可 →	状況の詳細 [ ]							
			<input type="checkbox"/>	可 →	加工品	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可			
		(※〇〇由来成分、〇〇を含む、〇〇を含む製品と共通の設備で製造している食品。)			調味料	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可			
					つなぎ	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可			
					小麦の場合、粘土	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可			
備考	*健康上、発育上のこと等、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場合があります。