

入 園 前 確 認 票

■ お子様について、太枠内の質問にお答えください。
■ この確認票は、入園先の保育園・認定こども園に渡します。内容については、入園前に再度確認させていただきます。

		記入日	年 月 日	
保護者名 (記入者名)		保護者 連絡先	— —	
フリガナ		児童 生年月日	年 月 日生	
児童名			(歳クラス)	
1	病気はありますか または、ありましたか (心疾患・てんかん・糖尿病など)	☐ いいえ	☐ はい ⇒ 病名 () ⇒どこの病院にかかっていますか () ⇒いまはどんな状態ですか (治療中・経過観察中・治癒)	
2	いつも使っているお薬は ありますか	☐ いいえ	☐ はい (薬品名 朝・昼・夜・随時)	
3	保育園等で医療的ケアや 特別な配慮が必要ですか	☐ いいえ	☐ はい ⇒()	
4	アレルギーはありますか	☐ いいえ	☐ はい ⇒ 裏面に詳しく記入をお願いします	
5	身体に障がいがありますか	☐ いいえ	☐ はい ⇒()	
6	定期の乳幼児健診は 受けていますか	☐ いいえ	☐ はい (1か月・4か月・後期健診・1歳6か月・2歳6か月・3歳6か月) ※受診した健診を○で囲んでください	
		※乳幼児健診を受けていない場合は入園時に健康診断(有料)が必要になることがあります		
7	健診などで、発達の遅れ等について 説明や助言を受けたことがありますか	☐ いいえ	☐ はい ⇒()	
8	現在のお子様の保育や療育の 様子を教えてください	☐ ふたば幼児教室		☐ 家庭保育
		☐ 第2ふたば幼児教室		☐ 在園中 (園)
		☐ 療養訓練施設 ()		☐ その他 ()
		施設通所している場合について ⇒保育園等入所後も並行通所を希望しますか? (する ・ しない)		
9	現在のお子様の健康や発育・療育の 様子について、市の関係機関へ問い 合わせや情報共有することについて	☐ 同意する ☐ 同意しない		
10	身体障がい者手帳・療育手帳・精神障 がい者保健福祉手帳を持っていますか	☐ いいえ	☐ はい ⇒()	
11	歩き初めはいつですか	歳 月 日	☐ 歩いていない	
12	初語(ママ、マンマ、ププーなど)は いつですか	歳 月 日	☐ まだ初語はない	
13	こだわり、かんしゃく、落ち着きのなさ などを感じたことがありますか	☐ いいえ	☐ はい ⇒()	
14	入園先の保育園等に情報提供 することについて	☐ 同意する ☐ 同意しない		

※お子様の病気や状態によっては意見書等(有料)の提出をお願いすることがありますのでご了承ください。

市記入欄

受付者	調整前確認	育成担当者	電話確認 ・ 面接 ・ その他 ()
	要 ・ 不要		

アレルギー確認票

■ 児童のアレルギーについて、太枠内の下記事項を記入(チェック)願います。

どんな症状ですか	☐ 皮膚症状（発疹、じんましんなど） ☐ 消化器症状（下痢、嘔吐など） ☐ 呼吸器症状（咳、呼吸困難など） ☐ アナフィラキシー ☐ その他（ ）				
原因は何ですか	☐ 食物【 卵 ・ 牛乳 ・ 大豆 ・ 小麦 ・ その他（ ）】 ☐ ダニ ☐ ハウスダスト ☐ 動物の毛（ ） ☐ 花粉（ ） ☐ 原因不明 ☐ 未検査 ☐ その他（ ）				
保育園等で除去食は必要ですか	☐ 要 【 卵 ・ 牛乳 ・ 大豆 ・ 小麦 ・ その他（ ）】 注：家庭で除去食を実施していることが前提となります。 ☐ 不要				
お薬はありますか	☐ 有 （薬品名： ） ☐ 無		保育園等で投薬は必要ですか	☐ 要 ☐ 不要	
かかりつけの病院はありますか	☐ 有 ☐ 無	病 院 名		通院回数	回／年
保育園等でのアレルギー対応は、医師の指示にもとづき、集団給食の範囲内で行います。 除去食実施には、医師の意見書の提出が必要となりますので、ご協力をお願いします。 給食の調理は、他児と同一の調理室、同一の調理器具で行います。 対応が難しい場合はお弁当持参をお願いすることがありますので、ご了承ください。					
特記事項					
確認担当者：					