

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					
児童名		児 童 生年月日		年 月 日生 (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		
7	乳幼児健診の結果を 問い合わせしてもいいですか	☐ 同意する ☐ 同意しない			
乳幼児健診を受けていない場合、または健診結果の問い合わせに同意いただけない場合は、入園時に健康診断(有料)が必要になることがあります。定期の健診は受けておいてください。母子手帳等で確認させていただきます。 また、健診を受けられていても、場合により健康診断をお願いすることがありますのでご了承ください。					
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)	
		☐ 療育訓練施設 ()		☐ 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	健診などで、発達の遅れ等を 指摘されたことがありますか	☐ いいえ	☐ はい ⇒ ()		
10	現在のお子様の保育や療育の様子を 他機関に問い合わせしてもいいですか	☐ 同意する ☐ 同意しない			
11	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 ⇒ ()		
12	歩き初めはいつですか	歳 月 頃		☐ 歩いていない	
13	初語(ママ、マンマ、ププーなど)は いつですか	歳 月 頃		☐ まだ初語はない	
14	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 ⇒ ()		
15	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			

市記入欄

受付者	調整前確認	育成G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） ☐ 呼吸器症状（咳、呼吸困難など） ☐ その他（ ）						☐ 消化器症状（下痢、嘔吐など） ☐ アナフィラキシー									
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。															
お薬はありますか		☐ 有 （薬品名： ） ☐ 無				☐ 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：							