

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 (歳クラス)			
児童名						
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 他機関に問合せてもいいですか	☐ 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	か月頃	☐ 歩いていない		
13	初語(ママ、マンマ、ブブーなど)は いつですか	歳	か月頃	☐ 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。

[illegible]