

健康状況調査票

記入日： 年 月 日

児童氏名		生年月日	年 月 日
アレルギー について	有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	原因となるもの	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> そば その他 () アレルギーの程度 ()	
	受診状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	エピペンの処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
症状及び必要な対応などご記入ください			
障害者手帳をお持ちですか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒写しを添付してください 級 障害の種類		
特別児童扶養手当を受給していますか	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給している⇒写しを添付してください		
療育手帳をお持ちですか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒写しを添付してください		
療育を受けていますか	<input type="checkbox"/> 療育を受けていない <input type="checkbox"/> 療育を受けている		
通所受給者証をお持ちですか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒写しを添付してください		
発達・言葉などに気になるところはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容 ()		
けいれんをおこしたことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ある場合、けいれん止めの薬の処方等がありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
医療的ケアが必要ですか	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 必要とする場合、そのケアの内容 ()		
その他児童の健康状態や日常生活について、気になることがあればご記入ください。			

※保育所等に内定した場合、安全な保育のためにご記入いただいた内容を施設に共有する場合があります。

※ご記入いただいた内容によって診断書や医師の意見書の提出をお願いすることがあります。

※健康状況について日常的な配慮が必要な場合事前に保育施設等の見学・相談を行い、受入態勢が整っていることを確認の上、申請をお願いします。

※施設への事前の相談等を行わず申請し、入所が内定した場合、入所内定を取り消すことがあります。