

申込みのお子様の健康状態等

(ふりがな)		生年月日	年 月 日
入園児童名			
連絡先 (電話番号)			

入園後のお子様の成長をよりよく支えていくために、次の項目について記入をお願いします。

なお、以下についていずれに☑をされても入園選考において不利になることはありません。

(甲賀市入園審査基準指数表の指数に基づき入園選考いたします)

<p>【医療に関して】</p> <p>①アレルギー疾患はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/>アレルギー性結膜炎</p> <p><input type="checkbox"/>気管支喘息 <input type="checkbox"/>食物アレルギー ()</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>②定期的に受診されている病気等がありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">病名 ()</p>
<p>【発達に関して】</p> <p>①乳幼児健診で、育児や発達についてアドバイス等を受けたことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><input type="checkbox"/>4か月児健診 <input type="checkbox"/>10か月児健診 <input type="checkbox"/>1歳8か月児健診 <input type="checkbox"/>2歳6か月児健診</p> <p><input type="checkbox"/>3歳6か月児健診</p> <p style="text-align: center;">アドバイス等内容 ()</p> <p>②発達についての相談を受けたことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><input type="checkbox"/>すこやか相談 <input type="checkbox"/>発達相談 <input type="checkbox"/>のびのび相談 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>③医療機関や発達支援施設等に通っていますか。(過去に通っていたことも含む)</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><input type="checkbox"/>小児保健医療センター <input type="checkbox"/>びわこ学園 <input type="checkbox"/>児童発達支援センターつみき</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>④その他、発達面での心配事等がありましたらご記入ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>

※すべてのお子様の成長を適切に支援するため、入園前後に受けられた乳幼児健診や発達相談等の内容について、すこやか支援課及び発達支援課に確認をさせていただきます。これによって得た個人情報については保育幼稚園課と就園先施設のみで共有し、目的外には使用しません。

上記について同意します。

令和 年 月 日

保護者名
