

申込のお子様の健康状態等

(ふりがな) 入園児童名		生年月日	令和	年	月	日
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。

【医療に関して】

①アレルギー疾患はありますか。

☐ なし

☐ あり

↓

☐ アトピー性皮膚炎

☐ アレルギー性鼻炎

☐ アレルギー性結膜炎

☐ 気管支喘息

☐ 食物アレルギー

(

)

☐ その他

(

)

②定期的に受診されている病気等がありますか。

☐ なし

☐ あり

↓

病名

(

)

【発達に関して】

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。

☐ なし

☐ あり

↓

☐ 4か月児健診☐ 10か月児健診☐ 1歳8か月児健診☐ 2歳6か月児健診

☐ 3歳6か月児健診

アドバイス等内容

(

)

②発達についての相談を受けたことがありますか。

☐ なし

☐ あり

↓

☐ すこやか相談☐ 発達相談☐ のびのび相談☐ その他

(

)

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）

☐ なし

☐ あり

↓

☐ 滋賀県立総合病院☐ びわこ学園☐ 児童発達支援センターつみき

☐ その他

(

)

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。

[

]

※すべてのお子様の成長を適切に支援するため、入園前に受けられた乳幼児健診や発達相談等の内容について、子育て政策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