

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 ()

※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