

お子さまの様子について

お子さまの保育上、注意しなければならないことについて、事前にお尋ねするものです。
お子さまの母子健康手帳等を参考に、該当する項目に□もしくは、必要事項を記入してください。

お子さまのお名前 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 _____ 性別 _____

次のいずれかに○をしてください。	
・健康	
・病弱	
・身体の障がいまたは発達の遅れ	
1. 身体障害者手帳 級	
2. 療育手帳	
3. 特別児童扶養手当 級	

① 大きな病気にかかったことはありませんか。
(有 · 無) ※有の場合 (完治 · 治療中 · 経過観察中)

いつ頃 : _____ 病名 : _____

② 健診で特に指導されたことはありませんか。
(有 · 無)

いつ頃 : _____ 指導事項等 : _____

③ 健康上、医師の診断により食べてはいけないものはありませんか。
(有 · 無) 食品名 : _____

④ 食べ物以外のアレルギーはありませんか。
(有 · 無) 物質名 : _____

①で有と回答された方は、下記の該当する項目に□または記入をお願いします。

<input type="checkbox"/> 手術をしたことがある	【いつ】 _____ 歳 _____ カ月 の頃	医療機関名 : _____
<input type="checkbox"/> 入院をしたことがある	【いつ】 _____ 歳 _____ カ月 の頃	医療機関名 : _____
<input type="checkbox"/> 定期的に医療機関を受診している	年 回 _____ カ月ごと	医療機関名 : _____
<input type="checkbox"/> ひきつけ・痙攣を起こしたことがある	【いつ】 _____ 歳 _____ カ月 の頃	【回数・頻度】 _____
<input type="checkbox"/> 発作がある	【いつ】 _____ 歳 _____ カ月 の頃	【回数・頻度】 _____

【どのような】 _____

服薬・投薬等	<input type="checkbox"/> ある 朝 · 昼 · 夕 (該当するものに○) 薬剤名 : _____ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他のケアが必要 具体的に : _____
食事	<input type="checkbox"/> 制限がある 制限内容 <input type="checkbox"/> 制限はない
あそび・運動にて	禁止事項に□をいれてください。 <input type="checkbox"/> 軽い運動 (例えば、体操・ジャングルジム・滑り台・砂遊びなど) 【具体的なあそび・運動】 _____ <input type="checkbox"/> 中等度の運動 (例えば、ブランコ・散歩・ボールを投げる・マット運動など) 【具体的なあそび・運動】 _____ <input type="checkbox"/> 強い運動 (例えば、リレー・ランニング・鬼ごっこ・縄跳び・ブル遊びなど) 【具体的なあそび・運動】 _____
※その他、生活で配慮が必要なこと (例えば、運動に制限があるため、運動会には参加できない等)	

②で有と回答された方は、下記の該当する項目に□または記入をお願いします。

お 子 さ ま の 様 子	食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べる	<input type="checkbox"/> 時々、手伝う	<input type="checkbox"/> 全部食べさせている
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレでする	<input type="checkbox"/> 手助けをすればトイレでする	<input type="checkbox"/> おむつをしている
	着脱	<input type="checkbox"/> ひとりでする	<input type="checkbox"/> 手助けをすれば着脱する	<input type="checkbox"/> 全部手伝っている
	言葉	<input type="checkbox"/> 指さしをする	<input type="checkbox"/> 「まんま」等、一語を話す	<input type="checkbox"/> 「まんま、ちょうどいい」等、二語文以上話す

※その他、生活で気になること（例えば、買い物へ行くと、大人が近くにいなくても自分の興味のある所へ行く、泣き出すと止まらない等）

専 門 機 関 等 に つ い て	療育等について	<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 療育や専門機関をすすめられたことがある
		<input type="checkbox"/> 今後行く予定	【いつから】	
		<input type="checkbox"/> 言語療法	<input type="checkbox"/> 作業療法	<input type="checkbox"/> 理学療法
		機関名：		
	いつ頃から：			
	診断名（所見名）：			

③、④で有と回答された方は、下記の該当する項目に□または記入をお願いします。

ア レ ル ギ ー に つ い て	アナフィラキシーショックの発症歴	※血圧低下や呼吸困難など複数の重いアレルギー症状が発症すること		
	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	原因物質：	
	コンタミネーションへの配慮の必要性	※原材料としては含まれないが、同じ空間で別調理、生産された食品にアレルギー物質が含まれている場合でも除去が必要である。この場合は給食提供ができないことがあります。		
	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある		
処方薬	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	【薬名： <input type="checkbox"/> エピペン <input type="checkbox"/> その他（ ）】	

※その他、配慮が必要なこと（例えば、牛乳・乳製品については、手など、肌の接触を避ける必要がある等）

①～③のいずれかに記入した方は下記の項目にも□をお願いします。

保育所等での生活において、加配保育士の配置を希望しますか。

希望する 希望しない

※加配保育士の配置については、入所される園での判断となります。お子様の健康状態や発達の状況等によっては、

希望していても加配保育士が配置されないことがあります。

また、加配保育士の不足等により、入所できないこともありますので、あらかじめご了承ください。

☆ お子さまが入所(園)後、安心して生活を送ることができるよう事前見学をおすすめします ☆