

※児童1人につき1枚記入し、入園申込書に添付してください。

こども園等利用申込に係る申込児童等の状況確認票

【記入日】令和 年 月 日 記入者名：

1 申込児童

児童 氏名	(フリガナ)	生年 月日	令和	年	月	日
第1希望園	こども園 ・ 保育園			学齢	歳児	
在園きょうだいの有無 (令和9年4月1日時点)	☐ 無 ☐ 有 → (園名： 園 学齢： 歳児)					

2 申込児童の状況

(1) 保健センターからの指導・助言	☐ なし ☐ あり → ☐ 4か月健診 ☐ 1歳半健診 ☐ 3歳半健診 ☐ その他 (歳時) 指導・助言内容：
(2) 療育センター等の専門機関の受診	☐ なし ☐ あり ☐ 受診予定 (年 月 日) 専門機関名称： 相談内容：
(3) 定期的な通院	☐ なし ☐ あり → 通院頻度： ☐ 週 ☐ 月 ☐ 年 に (回) 診断内容 (病名等)：
(4) これまでの在園状況	これまでに通っていた保育園等がありますか (有 ・ 無) 通っていた園等 () 期間 (年 月 ~ 年 月)
(5) 食物アレルギー	食物アレルギーはありますか (有 ・ 無) ・ アレルゲン食品 () ・ アナフィラキシーショック (有 ・ 無) ・ エピペンの所持 (有 ・ 無) ・ 処方箋があれば記入してください ()
(6) 体質的特徴	・ 鼻血がしやすい ・ 脱臼 (どの部位：) ・ 自家中毒 ・ 喘息気味 ・ 薬品かぶれ (薬品名：) ・ てんかん ・ けいれん (歳 ~ 歳頃まで、 ____ 回、 ____ 度以上の 発熱あり ・ 発熱なし) ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他 () ・ アレルギー症状 (有 ・ 無) → 何に対して (花粉・動物・カビ・ダニ・ハウスダスト・その他____) 症状 (鼻炎・皮膚炎・目の炎症・その他____) 対応方法 () ※慢性的な病気などに関して相談している病院があればご記入ください。 病院名 () 症状等 ()

*この確認票は、お子さまの保育をすすめるにあたり、人員配置やアレルギー対応の可否、専門家の指導を受けるなど配慮の要否を判断する資料として、保護者の皆様に記入をお願いするものです。
*上記の内容は、利用調整及び必要となる保育提供体制を確保するため、公立・私立のこども園や保育園等に提供させていただきますので、ご了承ください。(利用調整及び保育提供体制確保以外の目的に使用することはありません。)