

入園希望児調書

児童名		生年月日	年	月	日
1. 入園希望児の健康状況等					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他 () () <input type="checkbox"/> 園で注意を望む事柄、日頃気になっていること			
定期的な通院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	通院頻度	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 に () 回程度		
		傷病名	通院医療機関:		
加配(特別な支援)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	内容			
出生時の状況	出生体重()g		妊娠()週		
乳幼児健診	4か月健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診済⇒	指摘事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	内容
	10か月健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診済⇒	指摘事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	内容
	1歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診済⇒	指摘事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	内容
	2歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診済⇒	指摘事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	内容
	3歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診済⇒	指摘事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	内容
ゆうゆう教室または ぼかぼか広場の参加	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ ()年()月～()年()月				
たんぼぼ教室の通級	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ ()年()月～()年()月				
その他機関への相談	機関名:		相談内容:		
その他特記事項 (今までに大きな病気や手術等、 施設に伝えるべき事項など)					

2. 緊急連絡先 ※左側より優先して連絡します。

1	電話番号		2	電話番号		3	電話番号	
続柄		氏名	続柄		氏名	続柄		氏名
勤務先等			勤務先等			勤務先等		

※記載事項に虚偽がある場合、支給認定や入園(申込)は無効となり、入園を取り消す場合があります。