

## 児童状況調査票追記

令和 年 月 日

児童氏名	生年月日	第一希望園
	H・R 年 月 日	

(※ 下記内容で「はい」にチェックをした方は内容もご記入ください)

(疾病・心身状態)

(発育・発達関係)

疾病や心身の状態について相談している医療機関はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	発育・発達のことについて相談している療育や医療機関はありますか (相談したことがある場合含む) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
病名 (※疑い・傾向等含む)  症状  医療機関名  通院頻度 [ 週 ・ 月 ・ 年 回程度 ]	相談先 (複数選択可) <input type="checkbox"/> 健康課 <input type="checkbox"/> 障害福祉課 <input type="checkbox"/> 児童発達支援センター (ひいらぎ) <input type="checkbox"/> その他療育機関や医療機関 ( ) 通所頻度 [ 週 ・ 月 ・ 年 回程度 ]

先天性の病気やその他疾病等による日常的な医療的ケアがありますか  
はい                      いいえ  
 「はい」の場合、該当する医療的ケアの内容に○をしてください。  
 ① 導尿   ② 喀痰吸引 (気管カニューレ内)   ③ 喀痰吸引 (口腔・鼻腔)  
 ④ 経管栄養 (経鼻)   ⑤ 経管栄養 (胃ろう・腸ろう)   ⑥ 酸素療法の管理 (酸素吸入)  
 ⑦ インスリン注射   ⑧ その他 ( )

障害者手帳等の交付を受けていますか                      ※「はい」にチェックをした方は手帳の写しを添付してください。  
はい                      申請中                      いいえ  
 種別 身体 精神 愛の手帳 (療育)                      等級                      級 (度)

アレルギーはありますか  
はい                      いいえ  
 制限する食品 ( )  
 症状 ( )  
 医療機関名 ( )

その他、保育施設等に伝えたいことがあればご記入ください。  
 例) 言葉の相談などで療育施設に通所している、痙攣やてんかんの発作を起こしたことがある等

下記に同意いただける方は、ご署名をお願いします。(同意の有無は入所選考に影響しません。)

市に提出した児童の健康状況について、申し込みを行った希望園すべてに、必要な範囲で情報提供することに同意します。

年 月 日

保護者氏名: \_\_\_\_\_ (印) (自署の場合押印不要)