

以下の設問で該当する項目の口欄にチェック並びに必要事項をご記入ください。

◆ 発達や慢性的な病気等のことで、相談している医療機関等がありますか？

- ある（病院名： ）  
※場合により医師の診断書等を提出していただくこともあります。
- ない

◆ 身体障害者手帳または療育手帳をお持ちですか？

- ある（ ）手帳  
※障害児保育については、4才児以上のお子さんで障害が中程度までの集団生活が可能であると認められる場合に限りませう。
- ない

◆ 保健センター、医療機関等で乳幼児健診を受けられていますか？

- 受けている ※受けた検診すべてに○を付けてください。  
【1ヶ月、2ヶ月、3ヶ月、4ヶ月、1才児、1才6ヶ月、3才児、4才6ヶ月】

◆ 1番最近の健診はどこで受けられましたか（ ）

◆ 健診におきましてお子さんの発育上で気になる点などはありましたか？

- ある（ ）  
※保健センター、医療機関等で確認させていただく場合もあります。ご了承ください。
- ない

◆ アトピー・アレルギー等ありますか？

- ある ※食べ物の場合は、保育園では対応が出来ないため、お弁当になります。  
下のア～ウで該当するものすべてに○を付け具体的に記入をお願いします。
- ア. 食べ物によるもの（ ）
- イ. 皮膚への接触によるもの（ ）
- ウ. その他（ ）
- ない

※お子様の状況によっては、希望日等にご利用が出来ない場合もありますので、ご了承下さい。