

# 確認書 2

児童名 \_\_\_\_\_

## 児童の健康状態・生活状況について

保育園の事故等を未然に防ぐため、お子さんの発達や健康状態等について記入してください。なお、アレルギーや疾患等によりお子さんに保育士が常に付き添っていただけない、保育園の備品などを使用できない、他のお子さんとの接触を避けなければならないなど特別な配慮を必要とする場合、保育園では対応できないこともありますのでご相談ください。以下の記載内容によって、入園申込みの利用調整に影響することはありません。

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な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： \_\_\_\_\_ )

(病名等： \_\_\_\_\_ )

※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、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です。

ない

◆ 保健センター、医療機関等で乳幼児健診等を受けていますか？

受けている ※受けた健診等すべてに○を付けてください。

【4か月、10か月、1歳、1歳6か月、3歳6か月、4歳6か月、その他 ( \_\_\_\_\_ )】

受けていない ※保育園入園までに健診等を受けてください。

◆ 1番最近の健診はどこで受けましたか？

(市区町村： \_\_\_\_\_ / 施設名： \_\_\_\_\_ )

◆ 健診でお子さんの発育上、気になる点などはありましたか？

ある ( \_\_\_\_\_ )

※保健センター、医療機関等に確認させていただく場合があります。ご了承ください。

ない

◆ お子様の日本語の理解について ※日本国外出身の方のみご回答ください。

話すこと ( できる ・ 少しできる ・ できない )

聞き取ること ( できる ・ 少しできる ・ できない )

◆裏面へ続きます◆

◆ 予防接種について

予防接種の種類	標準的な接種期間	接種済のものに○をつけてください。			
		初回	1回	2回	3回
ヒブ（インフルエンザ菌b型）	開始が生後2～7か月未満	初回	1回	2回	3回
		追加	1回		
	開始が生後7か月～1歳未満	初回	1回	2回	
		追加	1回		
	開始が生後1～5歳未満		1回		
小児用肺炎球菌（13価）	開始が生後2～7か月未満	初回	1回	2回	3回
		追加	1回		
	開始が生後7か月～1歳未満	初回	1回	2回	
		追加	1回		
	開始が生後1～2歳未満		1回	2回	
	開始が生後2～5歳未満		1回		
ロタ	ロタリックス 生後6～14週6日		1回	2回	
	ロタテック 生後6～14週6日		1回	2回	3回
B型肝炎	生後2～9か月未満	初回	1回	2回	
		追加	1回		
四種混合（DPT-IPV） （ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ）	生後2か月～1歳未満	初回	1回	2回	3回
	初回3回目終了後12～18月未満	追加	1回		
BCG	生後5～8か月		1回		
麻しん・風しん混合（MR）第1期	1～2歳未満		1回		
水痘	1～1歳3か月未満	初回	1回		
	初回接種後6～12月未満	追加	1回		
日本脳炎1期	3～4歳未満	初回	1回	2回	
	4～5歳未満	追加	1回		
その他					

◆ アトピーやアレルギー等がありますか？

ある

下のア～ウで該当するものすべてに○を付け、具体的に記入をしてください。

- 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（ ）

※「アレルゲン内容表（蕨市指定様式）」または「アレルギー疾患生活管理指導票」を提出していただくことがあります。

ない

◆ 宗教上の問題等で食べられない食材はありますか？

ある（ ）

※保育園では対応できない場合もあります。ご了承ください。

ない

◆ その他、気になる点等がありましたら下記へご記入ください。

（ ）