

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なければならない、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6か月、3歳6か月、5歳児、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。			
小児用肺炎球菌（１５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		
五種混合（ＤＰＴ－ＩＰＶ－Ｈｉｂ） （ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ）	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）	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	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（ ）

※「アレルギー疾患生活管理指導票」または「アレルゲン内容表（蕨市指定様式）」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。

（ ）