

- 【記入するにあたって】
- の該当項目に「✓」をし、必要事項を記入してください。
 - 各項目、記入漏れのないようにお願いします。
 - 児童一人につき1枚必要です。複数名申請する場合はコピーし、ご利用ください。

児童名 ふりがな 男・女 生年月日 年 月 日生 (歳 カ月)			
保護者氏名		保護者連絡先 (※日中連絡がつくところ)	
妊娠期間(週 日)・出生時の体重()g・現在の体重(g・kg)			
出生に関して	□ 特になし		
	□ あり	出生時の状態	仮死・黄疸・その他()
		入院期間	NICU()日間・その他()日間・現在入院中 ※退院された際は、市に電話連絡をください 疾患名と入院理由
		治療内容	保育器・酸素療法・人工呼吸器・その他() 具体的な治療理由と治療内容(手術も含め)
健康状況について	□ 特になし		
	□ あり	病名	
		手術歴	☐ なし ☐ あり(年 月) ☐ 予定あり(年 月) 病名および手術内容: 保育園生活での配慮点:
		かかりつけ医	病院名: 診療科:
		通院頻度	☐ 定期通院(回/年) ☐ 経過観察のみ ☐ 通院なし
		治療状況	☐ なし ☐ あり 現在の治療と今後の見通し: 内服薬:
		ひきつけの経験	☐ なし ☐ あり(熱性けいれん・てんかん・その他) 発作時薬 ☐ なし ☐ あり(薬名) 発作回数 約 回 てんかん発作の場合は、診断名・発作の状態・配慮事項を記入してください
		医療的ケア	☐ なし ☐ あり 医療的ケア児受入ガイドラインに沿い対応します。なお、医療的ケアは、自宅での生活も含みます。申込前に市に相談してください。
発達経過	現在までの発達した経過をご記入ください 首のすわり (なし・ か月) 寝がえり (か月) おすわり (か月) はいはい (か月) つかまり立ち (か月) 歩き始め (か月) 人見知り (いいえ・はい 歳 か月)		

診 断 書 等	診断書		☐ なし ☐ あり（診断名： ） ☐ 予定あり（診断名： ）
	手帳の交付		☐ なし ☐ あり（身体障害者手帳・療育手帳 級・度） ☐ 予定あり
そ の 他	健診での指導		☐ なし ☐ あり（ か月・歳児 健診） 指導内容（ ）
	日常生活について医師に指導を受けていますか		☐ なし ☐ あり （ ）
	病気・ことば・その他の発達について、相談している病院や専門機関はありますか		☐ なし ☐ あり 病名や症状（ ） 病院や専門機関（ ）
	行動や発達面で気になることがありましたら記入してください		
	健康面で気になることがありましたら記入してください		
食 物 ア レ ル ギ ー	☐ 特になし		
	☐ あり	医師の指示による現在の除去食物	☐ なし ☐ あり 除去食物（ ）
		アナフィラキシーショック	☐ なし ☐ あり 原因食物（ ）
		エピペン処方	☐ なし ☐ あり