医療管理・発達・健康調査票

年　　月　　日 現在

＊出産予定のお子様については、『第1希望施設名』、『氏名』、『生年月日（出産予定日）』、『連絡先（住所・電話番号）』の4ヶ所のみ必ずご記入ください。実際に入園（所）が内定した後に、改めて 聞き取りをします。

第1希望施設名		年齢	歳　　ヶ月
ふりがな		生年月日 または 出産予定日	年　　月　　日
氏名			※出産予定の方はチェック　□出産予定
連絡先 （住所・電話番号）	〒　　－ 甲良町 TEL　　－　　－		

・現在のお子様の状況について以下の質問にお答えください。

【 医療管理について 】

（1）生まれてから今までに大きな病気や怪我で通院または入院されたことはありますか。

□　ある　　□　ない

①「ある」にチェックをした方のみお答えください。

時　　期	病　　名	状　　況
		□　完治　□　経過観察または治療中
		□　完治　□　経過観察または治療中
		□　完治　□　経過観察または治療中

② 医師から、看護師による医療行為または、体調管理等の保育上の特別な配慮が必要であると言われましたか。

□　はい　　□　いいえ

③ ②で「はい」と答えた方のみお答えください。
必要な保育上の特別な配慮について具体的にご記入ください。

例）定期的な服薬等

※ 場合によっては診断書等の提出をお願いする場合があります。

（2）現在下記のような疾患はありますか。

□　ある　　□　ない

あると答えた方のみお答えください。

① 下記のあてはまるものにチェックをしてください。

□ アレルギー性結膜炎　　□ アレルギー性鼻炎　　□ アトピー性皮膚炎
□ 気管支喘息　　□ てんかん　　□ 熱性けいれん
□ そ の 他（　　）

② 医療機関を受診していますか。

□ している　（最終受診日 ：　　年　　月　　日
□ していない

裏 面 へ

【 発達・健康について 】

※ 以下の質問に回答した内容で入所選考が不利になることはありません。

（1）心身の発達（言葉・運動等）について気になることはありますか。

☐ ある　　☐ ない

◦「ある」を選択した方について、それは具体的にどのような内容ですか。

（2）①心身の発達について専門機関で相談を受けたことはありますか。

☐ ある

☐ ない

② ①であるを選択した方は次の相談した機関にチェックしてください。

☐ 保健福祉センター　　☐ 子育て支援センター

☐ 病院等（　　）

③ ①であるを選択した方はどのような時期に受けられましたか。

☐ 出産直後　　☐ 乳幼児健診時（　　歳　　ヶ月時）

☐ そ の 他（　　）

④ ①であるを選択した方について、相談内容を具体的にお答えください。

（3）甲良町では、障がいや心身の発達に課題があるために、集団生活において特別な支援が必要な場合、園で担任とは別に支援者がサポートする制度(特別支援加配・障がい者加配)があります。こども園に入園するにあたり、この制度を希望されますか。

☐ 希望する　　☐ 希望しない

※希望するに☑している場合でも必ず加配がつくとは限りません。集団生活において特別な支援・配慮を必要とするかどうかの加配検討を行い、必要に応じて配置をします。

同　意　書

・私は保育に必要な申請児童の健康状態や、相談等の情報について関係機関に調査または提供することに同意します。

甲 良 町 長　様　　**令和　　年　　月　　日**

保護者氏名　　㊞