

入園前確認票(1号認定)

■お子様について、太枠内の質問にお答えください。
内容については、入園前に再度確認させていただきます。

	保護者名 (記入者名)	記入日	平成 年 月 日
	フリガナ		
	児童名	生年月日	平成 (年 月 日) 日生 (歳クラス)
1	病気はありますか または、ありましたか (心疾患・てんかん・糖尿病など)	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 病名() <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ どの病院にかかっていますか () ⇒いまはどんな状態ですか (治療中・経過観察中・治癒)	
2	いつも使っているお薬は ありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名	朝・昼・夜・随時)
3	保育園等で医療的ケアや 特別な配慮が必要ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒()
4	アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒	裏面に詳しく記入をお願いします
5	身体に障がいがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒()
6	健診などで、発達の遅れを 指摘されたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒()
7	身体障害者手帳・療育手帳 を持っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒()
8	定期の乳幼児健診は 受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (4か月・後期健診・1歳6か月・2歳6か月・3歳6か月)	
9	乳幼児健診の結果を 問い合わせしてもいいですか	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
乳幼児健診を受けていない場合、または健診結果の問い合わせに同意いただけない場合は、入園時に健康診断(有料)が必要になることがあります。定期の健診は受けておいてください。母子手帳等で確認させていただきます。また、健診を受けられていても、場合により健康診断をお願いすることがありますのでご了承ください。			
10	現在のお子様の保育の様子を教 えてください	<input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> ふたば幼児教室 <input type="checkbox"/> 第2ふたば幼児教室	<input type="checkbox"/> 在園中()園 <input type="checkbox"/> その他()
◎お子様の様子をお答えください。			
11	ことばについて	遅いように思う ⇒ はい・いいえ	
12	会話について	する・あまりしない・しない ----- (<input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 二語文 <input type="checkbox"/> 三語文 <input type="checkbox"/> オウム返し)	
13	排泄について	トイレで、排泄できますか？ ・排便(できる できない) ・排尿(できる できない) 排便・排尿(女児)の後始末ができますか？ ・排便(できる できない) ・排尿(できる できない)	
14	お友達について	お友達とあそべますか？ (はい 相手の年齢は 歳 ・ いいえ)	