

施設(事業)利用申請書補助票

フリガナ		生年月日	年	月	日生
児童氏名					

※利用申請後に、児童の状況(健康状態、家庭状況その他申請内容を含む)に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

1 児童の状況について

児童 の 状 況	保護者が 保育	☐ 自宅保育 (☐ 父 ☐ 母) ☐ 職場で保育 (☐ 職場内託児施設 ☐ 職場に同伴している ☐ その他 ())
	保護者以外が 保育	☐ 親族が保育 (続柄:) (住所:) ☐ 知人・友人が保育 (氏名:) (住所:) ☐ 認定こども園1号 (施設名:) (入園期間: 月から) ☐ ★一時預かり(不定期利用) (施設名:) (利用頻度: 月 回) ☐ ★一時預かり(定期利用) (施設名:) (利用頻度: 週 回) ☐ ★認可外保育施設利用 (施設名:) (利用頻度: 週 日 時間/日) ☐ ★ベビーシッター (利用頻度: 週 日 時間/日) ☐ ★幼稚園・認定こども園 預かり保育 (施設名:) (利用頻度: 週 日 時間/日) ☐ ★幼稚園・認定こども園 未就園児教室 (施設名:) (利用頻度: 週 日 時間/日) ☐ ★ファミリーサポートセンター (利用頻度 時間/月) ☐ ★乳児等通園支援事業 (施設名:) (利用頻度 時間/月) ☐ 他市認可保育所 (施設名:) (入園期間: 年 月から 年 月まで) ☐ その他()
	★加 点 に は 別 途 書 類 が 必 要 で す。	
	集団保育の 有無	☐ 無 ☐ 有 (園名:) (入園期間: 年 月から 年 月まで)
	日中の 生活リズム	午前 7 8 9 10 11 午後 12 1 2 3 4 5 6 7 8
	出産状況	出生時異常: ☐ 無 ☐ 仮死 ☐ 保育器使用 ☐ 酸素使用 ☐ 強い黄疸 ☐ けいれん ☐ その他 () ☐ 早産(出産予定日: 年 月 日) 出生体重(グラム)
	体質	☐ 風邪をひきやすい ☐ ゼイゼイしやすい ☐ 熱がしやすい ☐ 皮膚が弱い ☐ 腹痛や下痢を起こしやすい ☐ 鼻血がしやすい ☐ 湿疹がしやすい ☐ 薬品にかぶれる(薬品名:) ☐ 脱臼しやすい(部位:) アレルギー ☐ 無 ☐ 有 ☐ 食物アレルギーがある(食品・食材名:) ※食物アレルギーがある場合は、内定後に保育所生活管理指導表を提出していただきます。 ☐ アナフィラキシーを起こしたことがある ☐ その他アレルギーがある(具体的な内容:)
	現在の状況	・首がすわったのは (か月ごろ) ・おすわり (か月ごろ) ・歩き始めたのは (か月ごろ) ・寝返りができたのは (か月ごろ) ・ハイハイができたのは (か月ごろ) ・転ばないで上手に歩きますか ☐ はい ☐ いいえ ・入れ物の蓋を開け閉めしますか ☐ はい ☐ いいえ ・名前を呼ぶと振り向きますか ☐ はい ☐ いいえ ・目はよく見えていますか ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 ・耳はよく聞こえていますか ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 ・言語は話せますか ☐ 普通に話せる ☐ 二語文が話せる ☐ 単語のみ ☐ おうむがえし ☐ 喃語の発声がある ☐ 話せないが言われることは理解できる ☐ 話せないし理解もしていない ・あやしかけに反応しますか ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
	健康状態 病歴等	健康診査: ☐ 無 ☐ 有 (☐ 4か月児診査 ☐ 1歳半児診査 ☐ 3歳児診査) 指摘事項: ☐ 無 ☐ 有 (内容:) 保健師への相談: ☐ 無 ☐ 有(内容:) 今までにかかった病気 ・心臓病(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい 手術歴: ☐ 無 ☐ 有() ・じんぞう病(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (集団検尿異常)手術歴: ☐ 無 ☐ 有() ・その他の重い病気(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (病名:) 手術歴: ☐ 無 ☐ 有() ・大きなけが(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (傷病名:) 医療的ケアの実施: ☐ 無 ☐ 有 ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう) ☐ 酸素療法 (☐ 酸素カニューレ ☐ 酸素マスク) ☐ 喀痰吸引 (☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ) ☐ 血糖測定 ☐ インスリン注射 ☐ 人工肛門 ☐ 膀胱瘻 ☐ 導尿 ☐ その他() ひきつけの経験: ☐ 無 ☐ 有 有の場合、 ☐ 熱あり ☐ 熱なし(回数: 回)(時期:) 現在内服薬等がありますか: ☐ 無 ☐ 有(薬名:) 心身の発達の相談: ☐ 無 ☐ 有 有の場合、現在も相談継続中ですか ☐ いいえ ☐ はい (機関名:) (相談開始時期: 年 月から)(症状:) 障害者手帳等の取得: ☐ 無 ☐ 有(種類: 等級) 障害児(要配慮)保育の希望: ☐ 無 ☐ 有 (※状況を聞き取る面接や診断書等の提出が必要です。)
	その他	宗教上の理由により、食べられない食品はありますか ☐ 無 ☐ 有() その他、配慮が必要なことはありますか ☐ 無 ☐ 有() 日常生活で使用している言語(※日本語以外の場合に記入してください。) ()
上記以外で 伝えておきたいこと		

→裏面へ

