

# 申込み児童に関する健康状況等について

申込み児童名 \_\_\_\_\_

## 病気について

<input type="checkbox"/>	特になし				
<input type="checkbox"/>	あり	病名	【 _____ 】		
		通院先	【 _____ 】		
		現状	<input type="checkbox"/> 定期通院	<input type="checkbox"/> 経過観察のみ	<input type="checkbox"/> 通院なし
		集団保育の可否	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可(お申し込みはできません)	
		内服薬の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有【保育園での服薬 → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】	
		施設での配慮の必要性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有【詳細 _____】	

## アレルギーについて

<input type="checkbox"/>	不明					
<input type="checkbox"/>	特になし					
<input type="checkbox"/>	あり	該当項目	<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> 乳	<input type="checkbox"/> 小麦	
			<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> そば	<input type="checkbox"/> えびカニ	
			<input type="checkbox"/> その他【 _____ 】			
		検査・診断の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有【 _____ 】		
		医師の指示による除去食物	<input type="checkbox"/> 一部除去【除去の程度: _____】			
			<input type="checkbox"/> 完全除去			
		エピペンの使用の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
		アナフィラキシーショックの有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
内服薬の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有【保育園での服薬 → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】				

## 発達・発育について

<input type="checkbox"/>	特になし				
<input type="checkbox"/>	懸念あり	該当項目	<input type="checkbox"/> 視覚	詳細【 _____ 】	
			<input type="checkbox"/> 聴覚	詳細【 _____ 】	
			<input type="checkbox"/> 言語	詳細【 _____ 】	
			<input type="checkbox"/> 運動能力	詳細【 _____ 】	
			<input type="checkbox"/> 知的能力	詳細【 _____ 】	
			<input type="checkbox"/> その他	詳細【 _____ 】	
		関わりのある関係機関	<input type="checkbox"/> 無		
			<input type="checkbox"/> 保健センター	詳細【 _____ 】	
			<input type="checkbox"/> 医療機関	詳細【 _____ 】	
			<input type="checkbox"/> 療育機関	詳細【 _____ 】	