

児童氏名				保護者氏名				続柄				
アレルギー	アレルギーの有無		無 ・ 有									
	食物アレルギー		卵 ・ 乳 ・ 小麦 ・ えび ・ かに ・ 落花生 ・ そば ・ その他()						【症状と対応】			
	その他のアレルギー		花粉 ・ 動物(犬・猫・) ・ ハウスダスト・ ダニ ・ その他()						【症状と対応】			
食事	食事量		多い ・ 普通 ・ 少ない									
	食べ方		ひとりで食べられる ・ 一部介助 ・ 全面介助				食事用具		スプーン ・ フォーク ・ 箸			
	食事の時間		朝食 (:) 昼食 (:) 夕食 (:)									
	食べたことのない食材		穀物 () ・ 肉 () ・ 魚 () ・ 野菜 () ・ 果物 () ・ その他 ()									
	好きな食べ物											
	嫌いな食べ物											
排泄	排泄方法		自立 ・ オムツ ・ 夜間のみオムツ									
	排 便		日に 回 時頃									
	便の状態		固め ・ 普通 ・ やわらかめ									
	夜 尿		無 ・ 有									
睡眠	起 床		目覚めが良い ・ 目覚めが悪い				起床時間		時			
	就 寝		寝つきが良い ・ 寝つきが悪い				就寝時間		時			
	就寝時の癖 ・ お気に入り											
	昼 寝		無 ・ 有									
入 浴		ひとりでできる ・ 一部介助 ・ 全面介助 ※異性介助 (承諾 ・ 不可)										
着替え		ひとりでできる ・ 一部介助 ・ 全面介助										
性 格						くせ						
こだわり		無 ・ 有 ()										
好きなこと												
嫌いなこと												
苦手なこと												
コミュニケーション	言葉の理解		可能 ・ 簡単な指示なら可 ・ 名詞は可 ・ 大きい声や強い言い回しは理解可 ・ 難しい									
	言葉の表出		可能 ・ 二語文程度 ・ 単語程度 ・ 有意語なし ()									
	他児との同室保育		可能 ・ 難しい (理由:)									
	日頃の生活の様子											
	他児との関わり											
	職員との関わり (学校等集団の中での様子)											

(裏)

健康状態	平熱： 度		
手術歴	無・有（ 年 月 歳の時） （病名： ）		
病 気	現在治療中の病気：		
	既往症：麻疹・風疹・水痘・おたふく・突発性発疹・肺炎・喘息性気管支炎・ その他（ ）		
	ひきつけ：無・有（ 年 月 日 歳の時から最後は 年 月 日） ※有の場合、そのひきつけは、熱性のひきつけでしたか：熱性・熱性ではない		
	ひきつけの服薬：無・有（ ）		
	かかりつけ医：		病院の電話番号：
	現在使用している薬：無・有（ ） ※有の場合、服薬指示書が必要です。		
予防接種 ※接種済に○をし て下さい。	ヒブ（Hib）（初回 1 回 2 回 3 回 追加）		小児肺炎球菌（初回 1 回 2 回 3 回 追加）
	B型肝炎（1 回 2 回 追加）		
	四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）又は 三種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風） （第 1 期 初回 1 回 2 回 3 回 追加 第 2 期）		
	ポリオ（不活化）（第 1 期 初回 1 回 2 回 3 回 追加 第 2 期）又は ポリオ（生）（1 回 2 回）		
	BCG	MR（麻しん・風しん）（第 1 期 第 2 期）	水痘（1 回 2 回）
	日本脳炎（第 1 期 初回 1 回 2 回 追加 第 2 期）		ヒトパピローマ（HPV）（1 回 2 回 3 回）
	ロタ（ロタテック 5 価）（1 回 2 回 3 回）又は ロタ（ロタリックス 1 価）（1 回 2 回）		
	おたふくかぜ（1 回 2 回 ）		
その他の予防接種			
発達について	問題なし・他者との関わりで支援者の介入が必要・医療に通院（服薬 なし・あり）		
	※医師より発達の特性について診断名又は指導を受けている場合ご記入下さい		診断名： 主治医： 病院 医師
パニック ・発作等	無・有	兆候	
		行動	
		対応	
障害等 について	身体障害者手帳（ 級）		
	愛の手帳（ 度）		
その他特に配慮 を要する事項			

お子様の体調不良等でお迎えをお願いする場合があります。その際は必ずお迎えに来てください。
以上のことを承諾し、利用します。

申請者氏名 _____ 印