

### 健康状態について

下記のとおり児童の対応に対し配慮していただきたい内容を報告します。  
 また、より良い保育を受けるため、就学前施設や関係機関（学校、市役所関係部署等）と連携を図り情報共有をすることに同意いたします。

保護者名（ ）

※太枠内のあてはまるもの全てに☑及び記入してください。

【健康状態】 児童名（ ） 学童名（ ）学童保育所

項目	詳細
日常生活	排泄 <input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 補助が必要である <input type="checkbox"/> 漏らしてしまうことがある
	着脱 <input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 補助が必要である <input type="checkbox"/> 時間がかかる
	その他 <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 人なつこい <input type="checkbox"/> 注意が移りやすい <input type="checkbox"/> 好奇心旺盛 <input type="checkbox"/> 先の見通しが付きにくい <input type="checkbox"/> 起伏が激しい <input type="checkbox"/> 変化や変更が苦手 <input type="checkbox"/> よく喋る

通院、療育、手帳の状況等、気がかりなこと	<input type="checkbox"/> あり	<b>【疾病】詳細（ ）</b> 医療機関名（ ） 診療科（ ） 通院頻度（ 回/ ） 医療機関名（ ） 診療科（ ） 通院頻度（ 回/ ） ・医師の診断の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・検査の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <b>【療育】詳細（ ）</b> 療育機関（ ） 通院等頻度（ 回/ ） 療育機関（ ） 通院等頻度（ 回/ ） ・取得されている手帳等の状況 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 受給者証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ） ----- ・特別支援学級在籍(予定)の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ----- ・配慮が必要な点、また、伝えておきたいことがありましたらご記入ください。 ( ) ※新規入所者及び新たに診断された方は医師や専門機関による診断書・診療情報提供書等の写しを提出お願いします。
	<input type="checkbox"/> なし	
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	原因物質等（ ） エピペンの処方 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし アナフィラキシーをおこしたことがある <input type="checkbox"/> ある（時期 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし	

その他、配慮や指導員に伝えておきたいこと

※注意 施設等運営上、安全を確保することが困難な場合は入所できない場合があります。

【個人情報の取扱いには十分配慮いたします。】