

## 入園希望児童の状況について

- ・該当する箇所には☑をし、必要に応じてご記入ください。
- ・お子さまを園で安全にお預かりするために必要な情報です。可能な限り詳しくご記入ください。

児童名	<input type="checkbox"/> 3歳児 <input type="checkbox"/> 4歳児 <input type="checkbox"/> 5歳児
<input type="checkbox"/> これまでに大きな病気・けがで医療機関にかかったことがある。 <input type="checkbox"/> はい（病名： _____）（医療機関名： _____） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 発達がゆっくりだと感じる。 <input type="checkbox"/> はい（状況： _____） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 言葉が遅いと感じる。 <input type="checkbox"/> はい（状況： _____） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> アレルギーがある。 <input type="checkbox"/> はい（食材名： _____） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> ひきつけ・けいれんを起こしたことがある。 <input type="checkbox"/> はい（歳    カ月頃） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 健診時に発達などの指摘があった。 <input type="checkbox"/> はい（歳    カ月検診時） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 発達相談に行ったことがある。 <input type="checkbox"/> はい（相談先： _____）（相談内容 _____） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 現在、療育に通っている。 <input type="checkbox"/> はい（療育機関名： _____） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 療育手帳を持っている。 <input type="checkbox"/> はい（判定）（診断名があれば記入してください： _____） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を持っている。 <input type="checkbox"/> はい（級） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> ネット（ゲームも含む）等は日にどのくらい見えていますか？ <input type="checkbox"/> 30分位 <input type="checkbox"/> 1時間位 <input type="checkbox"/> 2時間以上 <input type="checkbox"/> 見ていない	
<input type="checkbox"/> 就寝時間 _____時    起床時間 _____時	
<input type="checkbox"/> お子さまが好きなこと・苦手なことを教えてください。 （好きなこと： _____） （苦手なこと： _____） 例：大きな音が苦手、汚れることを極端に嫌う等	
<input type="checkbox"/> 子育てをしている中で困ったことや入園するにあたり、園に知らせておきたいことなど自由にお書きください。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	