



申込児童の状況（該当する箇所に○印又は記入をしてください。）

●健康状態について

- 1 健康状態 [ 健康 / 普通 / 弱い ]
- 2 慢性疾患がある [いいえ・はい] (病名 \_\_\_\_\_)
- 3 ぜんそくがある [いいえ・はい] (薬名 \_\_\_\_\_) 服薬 朝・昼・晩
- 4 心臓疾患がある [いいえ・はい] (病名 \_\_\_\_\_)
- 5 熱性けいれんを起こしたことがある [いいえ・はい] ( \_\_\_\_\_ 歳ころ \_\_\_\_\_ 回)
- 6 検診の時に相談されたことや指導された内容 [いいえ・はい]  
( \_\_\_\_\_ )
- 7 アトピー性皮膚炎がある [いいえ・はい] (薬名 \_\_\_\_\_)  
服薬 ( 朝・昼・晩 ) 塗布 ( 朝・昼・晩 )
- 8 アレルギーがある [いいえ・はい]
  - ① 食べ物 ( 卵 / 牛乳 / そば / 大豆 / 小麦 / その他  
( \_\_\_\_\_ ) )
  - ② ハウスダスト ③ 花粉 ④ 金属 ( \_\_\_\_\_ ) ⑤ その他  
( \_\_\_\_\_ )

●発達について

- 1 言葉が遅れているように思われる [いいえ・はい]
- 2 目がよく見えていないように思われる [いいえ・はい]
- 3 耳がよく聞こえていないように思われる [いいえ・はい]
- 4 身体の動きに制限があるように思われる [いいえ・はい]
- 5 他の児童と交流を図りにくいように思われる [いいえ・はい]
- 6 落ち着きがなかったり、日によって気分が変わるように思う [いいえ・はい]
- 7 医療機関に通院または相談している(していた) [いいえ・はい]

医療機関名： \_\_\_\_\_ 傷病名： \_\_\_\_\_

通院または通所頻度(週・月) \_\_\_\_\_ 回

- 8 障害者手帳や療育手帳が交付されている [いいえ・はい]

障害名： \_\_\_\_\_ 障害等級： \_\_\_\_\_ 級・度

●健診・検査結果や発達の状況（身体、知的・言葉など）について気になる点がありましたら具体的に記入ください。

-----

-----

-----

| (町使用欄) | 点数 1 | 点数 2 | 合計 |
|--------|------|------|----|
|        |      |      |    |

◎障がいの程度や、アレルギーなど児童の状況によっては

利用許可できない場合がありますので、予めご了承ください。