

現在の 保育状況	<input type="checkbox"/> 1:自宅保育	
	<input type="checkbox"/> 2:一時保育	施設名:
	<input type="checkbox"/> 3:認証保育所	施設名:
	<input type="checkbox"/> 4:認可外保育施設(企業主導型保育所除く)	施設名:
	<input type="checkbox"/> 5:その他 ()	

			児童名		
健康状態（必須）	平熱	℃			
	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	有の場合	アレルギー（食物）			
		アレルギー（その他）			
		かかりつけ医			
		アナフィラキシーショック	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	ひきつけ てんかん等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 高熱時 <input type="checkbox"/> 平熱時 <input type="checkbox"/> その他：			
肘内障	<input type="checkbox"/> 有 （ 右・ 左 ・ 両方 ） <input type="checkbox"/> 無				
障がい・疾病（必須）	障害・疾病の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	有の場合	病名・障害名			
		身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 （等級： 級） <input type="checkbox"/> 無		
		療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 （等級： 度） <input type="checkbox"/> 無		
		精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 （等級： 級） <input type="checkbox"/> 無		
		通院（所）施設名			
	内服薬等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	集団保育に関する確認	医療機関での可否確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		集団保育の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	医療的ケアについて	日常生活の中で医療的ケアが必要 ＊ 早期、夜間だけの医療的ケアや、体調がすぐれない時だけ行う医療的ケアも含まれます。 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
医療的ケアが必要な場合	医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 （口鼻腔内・気管カニューレ内） <input type="checkbox"/> 経管栄養 （経鼻・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 排便管理（消化管ストーマ等） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器（CPAP含む） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開の管理 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイの管理 <input type="checkbox"/> 皮下注射 <input type="checkbox"/> 血糖管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルの管理 <input type="checkbox"/> その他：			
	医療的ケアが必要な頻度	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 睡眠時のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 体調不良時のみ <input type="checkbox"/> その他：			
発達相談	相談の有無	<input type="checkbox"/> 特になし			
		<input type="checkbox"/> 保健相談所			
		<input type="checkbox"/> 子ども家庭支援センター			
		<input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所 名称：			
		<input type="checkbox"/> 病院：			
		<input type="checkbox"/> その他：			
		相談内容： 利用頻度：			
	授乳	種類	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 完了		
		ミルク	メーカー：		
			名称：		
乳首	メーカー：				
	サイズ：				
離乳食		<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 離乳食中（ ヶ月～） 現在 回食			
食事	朝食	時 分頃			
	昼食	時 分頃			
	姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	食べ方	<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食具	<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸			
		<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> マグ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
偏食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	嫌いなもの：				
睡眠	起床	時 分頃			
	就寝	時 分頃			
	昼寝	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 時 分～ 時 分）			
	寝かせ方	<input type="checkbox"/> 一人で <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ			
	姿勢	<input type="checkbox"/> あおむけ <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き			
排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 布			
	便の状態	<input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い			
		<input type="checkbox"/> 毎日 一日（ 回） <input type="checkbox"/> 週 回			
好きなあそび		室内			
		戸外			
性質	こだわり				
	性格				
自由記述（園に伝えておきたいこと等） ＊ 困っていることや心配なこと、その他知らせておきたいことがありましたらご記入ください。					