

⑨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、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。

児童氏名 _____ 保護者氏名 _____

※太枠内の当てはまるものすべてに☑及び記入してください。

※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。

※個人情報の取り扱いには十分配慮いたします。

項目	詳細
日常生活	放課後児童支援員に伝えておきたいこと

通院、療育、手帳の状況等、気がかりなこと	<input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> ・継続的な通院等の有無 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 【疾病】詳細（ ） 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/ ） 【療育】詳細（ ） 療育機関（ ） 通院等頻度（ 回/ ） 療育機関（ ） 通院等頻度（ 回/ ）
	<input type="checkbox"/> なし <ul style="list-style-type: none"> ・取得されている手帳等の状況 <input type="checkbox"/>身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/>療育手帳 <input type="checkbox"/>その他（ ） ・特別支援学級在籍の有無 <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。 <p>※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・診断情報提供書等の写しを提出お願いします。</p>
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 アナフィラキシーショックをおこしたことがある <input type="checkbox"/> ある（時期 年 月 日） <input type="checkbox"/> ない