

問診票	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
1. 妊娠中の疾病		<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 強いつわり <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 羊水過多症 <input type="checkbox"/> その他( )	
2. 分娩について		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> その他 一 <input type="checkbox"/> 早期破水 <input type="checkbox"/> 微弱陣痛 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡	
3. 出生について		在胎週数( 週) 体重( g) 身長( cm) 頭囲( cm) 胸囲( cm) 産院名( ) ※下記にあてはまる項目はありましたか。 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 低体重 <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 保育器に入った。( 日間) <input type="checkbox"/> 強い黄疸があった。 → <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 母乳栄養中止 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> その他( )	
4. 1日の生活リズムについて		食事(ミルク・母乳・おやつを含む。)、遊び、お昼寝等の時間を記入してください。 起床 [ 時 ] 朝食 [ 時 ] 昼食 [ 時 ] 夕食 [ 時 ] 就寝 [ 時 ]	
5. 食事について		(1)内容 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合栄養 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 幼児食 回数 ( 回) 1回量 ( ml) 回数 ( 回) 形状( ) 回数 ( 回)	
(2)食べ方		<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう。 <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが、手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 1人で食べる。 → <input type="checkbox"/> 口でつかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ	
(3)食物アレルギー		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 原因食品 症状 エピペンの処方がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 緊急時服用薬の処方がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
(4)宗教上により、食べることができない食物はありますか。		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(対象食品 )	
(5)家族の中でアレルギーを持っている方はいますか。		<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(誰が ) (原因 )	
6. 着替えについて		<input type="checkbox"/> 1人でできない <input type="checkbox"/> 自分で着替えようとするが手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 1人でできる → <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> シャツ <input type="checkbox"/> ボタンかけ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 靴下	
7. 排泄について		<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜だけおむつ <input type="checkbox"/> オマル → 尿意は <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> トイレでできる → <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> 1人でできる	

保育園等利用申込書

(宛先) 佐倉市長

申請年月日	年 月 日
保 護 者	現住所 佐倉市 フリガナ 氏名 電話番号

- 保育料算定等のため入所児童の世帯員の住民基本台帳・課税状況を調査する場合があること。
  - 申込書記載事項等は、保育の運営上必要と認められる際は(保育園等へ)提供する場合があること。
- 以上のことに同意のうえ、次のとおり教育・保育給付認定及び支給認定証の交付を申請し、施設の利用を申し込みます。

区分	氏名	入園児童との続柄	生年月日	年齢(歳)	勤務先名称又は学校名等	個人番号	備考
申請児童の家族構成	申請児童	本人					
	申請児童						
	申請児童						
	申請児童						
	申請児童						
	申請児童						
今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 異なる( 市・町)		生活保護の適用の有・無( 開始)				
前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 異なる( 市・町)						

- 保育の希望 ※どちらかに○をしてください。
- 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する(幼稚園との併願の場合を含む。)
  - 幼稚園等の利用を希望する(保育所等と併願の場合を除く。)

※「保育の希望」欄において「1」を選択した場合は、「(1)・(2)」を、「2」を選択した場合は、「(1)」を記入してください。

(1) 利用を希望する期間・希望する施設(事業者)名

利用を希望する施設等	第1希望	第4希望
	第2希望	第5希望
	第3希望	第6希望
	第7希望以下があれば、希望順位がわかるように記載	
利用を希望する期間	年 月 日 から <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで	

※以下は、市記載欄です。記入しないでください。

裏面にも記入欄があります。⇒

受理日	給付認定	教育・保育	可・否	認定日	年 月 日	認定番号
		区分	1・2・3号	利用区分	標準・短時間	
用施設利	利用期間	可・否	決定日	年 月 日	施設名	
		利用期間	自 年 月 日 至 年 月 日			

【新】  
【裏】

8. 今までに病気がかかって、入院したことはありますか。 □ない □ある 病名( ) 治療状況( )	
9. 睡眠時などに、無呼吸や呼吸が不規則になったことはありますか。□ない □ある	
10. 現在治療中又は定期的に診ている病気はありますか。 □ない □ある 病名( ) 治療状況( )	
11. かかりやすい病気等がありますか。 □ない □ある 病名( ) 治療状況( )	
(1) 熱性けいれんをおこしたことはありますか。 □ない □ある いつ( ) 何回( )	
(2) けいれんを予防するための座薬の処方がありますか。 □ない □ある 薬品名( )	
(2) 脱臼をしたことがありますか。 □ない □ある いつ( ) 何回( ) 部位( )	
12. これまでの健診結果はどうでしたか。 *平熱を教えてください。( )℃	
1か月健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容( )	
3~6か月健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容( )	
9~11か月健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容( )	
1歳6か月児健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容( )	
3歳6か月児健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容( )	
※健診後に、医師等から助言を受け経過観察となっていることはありますか。□ない □ある ( )	
13. 運動発達の経過について教えてください。	
首すわり( か月) 寝返り ( か月) おすわり( か月)	
はいはい( か月) つたいあるき( か月) 歩き始め( か月)	
14. ことばや理解の発達について教えてください。 *( )の時期は発達の目安であり、個人差があります。	
□人に向かっておしゃべりをしようと声を出す。(4~10か月頃)	
□なにか欲しいものがあるとき、指をさして要求する。(11か月~1歳3か月頃)	
□「ママ」「ワンワン」等意味のある単語を2語以上話す。(1歳~1歳4か月頃)	
□「～どれ?」と質問すると、指さしをして教えてくれる。(1歳3か月~1歳9か月頃)	
□「○○ちょうだい」と言葉だけで聞いて、持ってくる。(1歳~1歳6か月頃)	
□「ワンワン、きた」など2つつけたことばを話す。(1歳6か月~2歳6か月頃)	
□身近なおもちゃを使って簡単なごっこ遊び(電車ごっこ等)をする。(2歳~2歳6か月頃)	
□同年齢の子と簡単な会話ができる。(3歳頃)	
□名前や年齢を尋ねられると答えられる。(3歳頃)	
15. お子さんの成長や発達の面で心配なことはありますか。	
□発音がはっきりしないことが多い。 □話しはじめの音や言葉を繰り返すことが多い(吃音)。	
□聞こえが心配ことがある。 □思いどおりにならないと長時間パニックとなることがある。	
□おちつきがないと感がある。 □他の人をかんだり、たいたりする。 □その他( )	
16. 身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか。 □ない □ある → □身体障害者手帳 □療育手帳	
17. 児童発達支援機関を利用していますか。 □ない □ある → 施設名や内容( )	
18. 保育園で注意してほしいことや伝えておきたいことはありますか。	
【電話確認内容・特記事項】 確認日 年 月 日 確認者	

【旧】

(2) 保育の利用を必要とする事由

保育の利用を必要とする事由	続柄	必要とする事由		
	父	<input type="checkbox"/> 就労(正社員 自営業 パート 派遣・契約社員 内職 農業 その他: ) 勤務時間: 1日 時間 / 勤務日数: 1か月 日 <input type="checkbox"/> 下の子の育児休業( 年 月 日~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 疾病・障害(診断名: ) <input type="checkbox"/> 介護等(診断名: ) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不在(離婚 未婚 その他: )		
母	続柄	<input type="checkbox"/> 就労(正社員 自営業 パート 派遣・契約社員 内職 農業 その他: ) 勤務時間: 1日 時間 / 勤務日数: 1か月 日 <input type="checkbox"/> 下の子の育児休業( 年 月 日~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(出産予定日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 疾病・障害(診断名: ) <input type="checkbox"/> 介護等(診断名: ) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不在(離婚 未婚 その他: )		
	家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 上記以外	希望する利用時間 月 火 水 木 金 土	利用曜日(○をつけてください) 利用時間 時 分 から 時 分 まで
その他の状況	1 兄弟姉妹で同時に利用申し込みをする場合	※兄弟姉妹が同時に入園を申し込んでいる場合、同時に同じ園に入園することが難しい場合があります。その場合、どのように考えるか、下記にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 1人でも入園を希望する。 <input type="checkbox"/> 優先順位なし <input type="checkbox"/> 上の子 から <input type="checkbox"/> 下の子 から <input type="checkbox"/> 同時なら別々の園でも入園を希望する。 ※希望順位の低い園なら同園になれる場合、(同園になること・希望順位)を優先する。 <input type="checkbox"/> 同時に同じ園に入園できるまで待機する。		
	2 産前産後休暇又は育児休業明けで申し込んでいる場合	希望する保育園への入園が不承諾となった場合、「育児休業等に関する法律」に基づく育児休業の取得又は期間延長は可能ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」にチェックをつけた方は、下記に期間を記入してください。 ( 年 月 日)まで取得(延長可能)		
	3 入園が不承諾になった場合は、どのように考えていますか。	<input type="checkbox"/> 育児休業の取得又は延長 <input type="checkbox"/> 認可外保育所・託児所などを利用して、仕事を開始する。 <input type="checkbox"/> 入園できるまで、仕事を始めるのを遅らせる(求職中、就労内定の場合)。 <input type="checkbox"/> 祖父母(同居・別居)に保育してもらおう。 <input type="checkbox"/> その他( )		

記入上の注意

- ・この申請書は、申請児童ごとに1枚ずつ記入してください。
- ・楷書ではっきりと記入してください。氏名にはフリガナをふってください。
- ・希望施設は、第1希望から順に利用の可否を確認しますので、希望する順番に従い、記入してください。
- ・幼稚園の利用希望者は、「利用を希望する施設等」欄に内定幼稚園名を記入してください。

留意事項

- 教育・保育給付認定及び施設の利用については、
- ・保育の実施基準に該当しないため、希望する認定が受けられない場合
  - ・希望者が多数いるため希望する施設に入所できない場合
  - ・保育の実施基準の該当事由により利用期間の希望に添えない場合がありますので、あらかじめご承知おきください。

【新】

様式第2号 (第3条、第9条関係)

保護者緊急連絡票

フリガナ			生年月日	年 月 日生		満 歳
園 児 名						
現 住 所	〒		自宅の電話 ( - - )			
連絡先 優先順位	(第1優先) 父(職場・携帯) 母(職場・携帯) その他( )		(第2優先) 父(職場・携帯) 母(職場・携帯) その他( )			
	(第3優先) 父(職場・携帯) 母(職場・携帯) その他( )		(第4優先) 父(職場・携帯) 母(職場・携帯) その他( )			
フリガナ	父		母			
保 護 者 氏 名						
携帯電話	( - - )		( - - )			
勤務先名称 又は病気 などの状況						
勤務地 (電話番号)	〒 ( - - )		〒 ( - - )			
勤務時間	平日	時 分～ 時 分	平日	時 分～ 時 分		
	土曜	時 分～ 時 分	土曜	時 分～ 時 分		
通勤時間(片道)	(保育園の送迎含まず) 片道 時間 分		(保育園の送迎含まず) 片道 時間 分			
通勤手段	(電車・車・バス・自転車・徒歩・その他)		(電車・車・バス・自転車・徒歩・その他)			
祖 父 母 状 況	区分	氏名	年齢	同居・別居	住所(電話)	職業・病気の 状態
	父 方	祖父		同居・別居	電話( - - )	
		祖母		同居・別居	電話( - - )	
	母 方	祖父		同居・別居	電話( - - )	
		祖母		同居・別居	電話( - - )	
その 他 同 居 の 家 族	氏 名	続 柄	職 業	勤務先名称・住所・電話番号		勤務時間
				電話( - - )		平日 時 分～ 時 分
				電話( - - )		土曜 時 分～ 時 分
				電話( - - )		平日 時 分～ 時 分 土曜 時 分～ 時 分
保 険	種 類	国・社・その他( )	記 号 番 号	保 険 者 番 号		
かかりつけの医院 (小児科)	住所		電話( - - )			
かかりつけの医院 (歯科)	住所		電話( - - )			
保育中特に注意し てほしい事項						平熱 ( )℃

【旧】

様式第2号 (第3条、第9条関係)

保護者緊急連絡票

フリガナ			生年月日	年 月 日生		満 歳
園 児 名						
現 住 所	〒		自宅の電話 ( - - )			
緊急時に連絡 の取れる方に○	父(職場・携帯)、母(職場・携帯)、その他( )					
災害時緊急連絡先 (固定電話)	父(職場)、母(職場)、その他( )					
保 護 者 氏 名	父			母		
携帯電話	( - - )			( - - )		
勤務先名称 又は病気 などの状況						
勤務地 (電話番号)	〒 ( - - )			〒 ( - - )		
勤務時間	平日	時 分～ 時 分	平日	時 分～ 時 分		
	土曜	時 分～ 時 分	土曜	時 分～ 時 分		
通勤時間(片道)	(保育園の送迎含まず) 片道 時間 分			(保育園の送迎含まず) 片道 時間 分		
通勤手段	(電車・車・バス・自転車・徒歩・その他)			(電車・車・バス・自転車・徒歩・その他)		
祖 父 母 状 況	区分	氏名	年齢	同居・別居	住所(電話)	職業・病気の 状態
	父 方	祖父		同居・別居	電話( - - )	
		祖母		同居・別居	電話( - - )	
	母 方	祖父		同居・別居	電話( - - )	
		祖母		同居・別居	電話( - - )	
その 他 同 居 の 家 族	氏 名	続 柄	職 業	勤務先名称・住所・電話番号		勤務時間
				電話( - - )		平日 時 分～ 時 分
				電話( - - )		土曜 時 分～ 時 分
				電話( - - )		平日 時 分～ 時 分 土曜 時 分～ 時 分
保 険	種 類	国・社・その他( )	記 号 番 号	保 険 者 番 号		
かかりつけの医院 (小児科)	住所		電話( - - )			
かかりつけの医院 (歯科)	住所		電話( - - )			
保育中特に注意し てほしい事項						平熱 ( )℃

【新】

様式第5号（第9条関係）

※ 在園  
歳

在園児童家庭状況確認票

年 月 日

(宛先) 佐倉市こども支援部長

〒

保護者 住所.....

フリガナ  
氏名.....

電話 ( )

在園児童の家庭状況について、次のとおり届け出ます。この内容について、佐倉市が保有する個人情報  
を調査・確認することに同意します。

保育施設名						
区 分	氏 名	入園児童との 続 柄	生年月日	年齢 (歳)	勤務先の名称 又は 学校名	個人番号
入園児童の 同居の家族	入園児童	本人	・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
生活保護の適用 有・無 ( ・ ・ 開始)						
保育の実施時間	(平日) (土曜)	時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分				
前年1月1日の住所	・ 現住所と同じ					

.....以下は市記載欄です。.....

※市 記載 欄	可・否	認定日	年 月 日	認定番号
	認定区分	1・2・3号	利用区分	標準・短時間
	可・否	決定日	年 月 日	施設名
	利用期間	自	年 月 日	
		至	年 月 日	

○ ※印の欄には、記入する必要がありません。

【旧】

様式第5号（第9条関係）

※ 在園  
歳

在園児童家庭状況確認票

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

〒

保護者 住所.....

フリガナ  
氏名.....

電話 ( )

在園児童の家庭状況について、次のとおり届け出ます。この内容について、佐倉市が保有する個人情報  
を調査・確認することに同意します。

保育施設名						
区 分	氏 名	入園児童との 続 柄	生年月日	年齢 (歳)	勤務先の名称 又は 学校名	個人番号
入園児童の 同居の家族	入園児童	本人	・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
生活保護の適用 有・無 ( ・ ・ 開始)						
保育の実施時間	(平日) (土曜)	時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分				
前年1月1日の住所	・ 現住所と同じ					

.....以下は、市記載欄です。.....

※市 記載 欄	可・否	認定日	年 月 日	認定番号
	認定区分	1・2・3号	利用区分	標準・短時間
	可・否	決定日	年 月 日	施設名
	利用期間	自	年 月 日	
		至	年 月 日	

○ ※印の欄には、記入する必要がありません。

【新】

【旧】

様式第6号（第9条関係）

児童氏名 及び 施設名	フリガナ ( 年 月 日生)	第1希望保育施設 保育園(申込み中・在園)
	フリガナ ( 年 月 日生)	第1希望保育施設 保育園(申込み中・在園)
	フリガナ ( 年 月 日生)	第1希望保育施設 保育園(申込み中・在園)
	フリガナ ( 年 月 日生)	第1希望保育施設 保育園(申込み中・在園)

※保護者記入欄（必須）

.....(以下は、雇用主が記入してください。).....年 月 日

就労（内定）証明書

(宛先) 佐倉市長

次の者が、以下のとおり、

- 就労している
- 採用予定であることを証明します。

事業所名	
所在地	
代表者名	
電話番号	
作成担当者名	
電話（直通）	( )

フリガナ	住 所	佐倉市
就労者氏名	住所 干	
勤務先名称 及び 住所 実際に勤務している場所	名称	TEL ( )
採用(予定)年月日	年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就労予定
雇用形態	正社員・自営業・非常勤・派遣・パート・アルバイト・内職・その他( )	
勤務日数	1か月平均 日 1週間平均 日 ※両方ご記入ください。	定休日 月・火・水・木・金・土・日 ※休みの日に○ 不定期( 週・月 日 )
就労時間	(平日) 時 分～時 分 実働 時間 (土曜日) 時 分～時 分 実働 時間	※休憩時間は除き、実際の勤務時間を記入してください。 ※変則勤務の場合、欄に書ききれないときは、シフト表等を提出してください。
通勤時間 通勤届等で会社に届け出ている通勤時間を記入してください。	自宅から職場まで 時間 分(片道)	交通手段 電車・バス・車・バイク 当てはまるものに○ 自転車・徒歩・その他( )
仕事の内容		
産前・産後休暇期間	年 月 日 ～ 年 月 日まで	
育児休業等に関する法律による休業期間	年 月 日 ～ 年 月 日まで	
育児短時間勤務を利用している方 (取得予定含む。)	勤務日数	1か月 日
	勤務時間	時 分 ～ 時 分まで
	取得期間	年 月 日 ～ 年 月 日まで

【新】

様式第6号（第9条関係）

保育園等退所届

年 月 日

(宛先) 佐倉市子ども支援部長

〒

保護者 住所

フリガナ  
氏名

保育園等を退所したいので、次のとおり届け出ます。

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日生
退 所 す る 児 童 氏 名			
退 所 す る 保 育 園 等 名			
利用開始した日			年 月 日
退 所 日			年 月 日
退所する理由			
<input type="checkbox"/> 幼稚園へ入園するため。 (入園予定園： )			
<input type="checkbox"/> 市外へ転出するため。 (転出先住所： )			
<input type="checkbox"/> その他 ( )			

【旧】

様式第7号（第9条関係）

保育園等退所届

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

〒

保護者 住所

フリガナ  
氏名

保育園等を退所したいので、次のとおり届け出ます。

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日生
退 所 す る 児 童 氏 名			
退 所 す る 保 育 園 等 名			
利用開始した日			年 月 日
退 所 日			年 月 日
退所する理由			
※市外への転出による退所の場合は、転居先もご記入ください。 転居先住所：			

【新】

様式第7号（第10条関係）

保育園等変更（転園）申込書

年 月 日

（宛先）佐倉市こども支援部長

〒  
保護者 住所  
フリガナ  
氏 名

保育園等の変更（転園）につき、次のとおり申し込みます。

フリガナ		生	
児童氏名		年	年 月 日
現在の保育施設	⇒	変更（転園）希望先の保育施設	
変更（転園）希望日	年 月 日 から		
変更（転園）理由			
兄弟姉妹と一緒に申し込んでいる場合には、以下のいずれかにチェックを入れてください。			
<input type="checkbox"/> 1人だけ先の転園可			
<input type="checkbox"/> 同時転園のみ希望			
<input type="checkbox"/> 同園になれるときのみ転園する。			

以下の注意事項を確認したらチェックを入れてください。

- 変更（転園）決定後に、その辞退又は取消しはできません。
- 転園ができた場合、転園先の保育施設でも「慣らし保育」があります。

【旧】

様式第8号（第10条関係）

保育園等変更（転園）申込書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

〒  
保護者 住所  
フリガナ  
氏 名

保育園等の変更（転園）につき、次のとおり申し込みます。

フリガナ		生	
児童氏名		年	年 月 日
現在の保育施設	⇒	変更（転園）希望先の保育施設	
変更（転園）希望日	年 月 日 から		
変更（転園）理由			
兄弟姉妹と一緒に申し込んでいる場合には、以下のいずれかにチェックを入れてください。			
<input type="checkbox"/> 1人だけ先の転園可			
<input type="checkbox"/> 同時転園のみ希望			
<input type="checkbox"/> 同園になれるときのみ転園する			

以下の注意事項を確認したらチェックを入れてください。

- 変更（転園）決定後に、その辞退又は取消しはできません。
- 転園ができた場合、転園先の保育施設でも「慣らし保育」があります。

## 転園希望児童調査票

保護者の皆さまへ

転園に当たり、お子さまがスムーズに新しい保育園等に慣れることができるよう、調査票の記入について御協力をお願いします。また、転園前の状況について市から転園先に連絡することについて御理解をお願いします。

記入日 年 月 日

記入者名

フリガナ 児童名	生年月日	( 年 月 日 歳 か月)
-------------	------	------------------

## 1. &lt;今までに受けた健診や相談について教えてください。&gt;

健診名	受診月日	指導内容及び経過観察事項
1か月健診		
3～6か月児健診		
4か月乳児相談		
9～11か月児健診		
1歳6か月児健診	市町村 医療機関	
3歳児健診		

## 2. &lt;現病歴やアレルギー等について教えてください。&gt;

(1) 今までに病気にかかって入院したことはありますか。

□ない □ある(状況: )

(2) 現在、治療中の病気や定期的に受診している病気はありますか。

□ない □ある(状況: )

(3) 現在、定期的に内服していたり、使用中のお薬等がありますか。

□ない □ある(状況: )

(4) 熱性けいれんを起こしたことはありますか。

□ない □ある(状況: )

※(「ある」にチェックした場合)座薬の処方がありますか。 □ない □ある

(5) 脱臼をしたことがありますか。

□ない □ある(状況: )

(6) 食物アレルギーはありますか。

□ない □ある(原因食品: )

①給食は、原因食品を除去していましたか。 □ない □ある

②アナフィラキシーを起こしたことはありますか。 □ない □ある(原因: )

③エピペンや抗アレルギー薬を保育園等に預けていましたか。 □ない □ある(種類: )

(7) お子さまの成長発達面で、転園先の保育園等に伝えておきたいことはありますか。

(8) お友達との集団生活の中で心配なことはありますか。

(9) 身体障害者手帳、療育手帳又はライフサポートファイルをお持ちですか。 □ない □ある ( )

(10) ことばと発達の相談室又は児童発達支援機関を利用していますか。 □ない □ある ( )

&lt;市記入欄&gt;