伊豆市こども園・保育園　入所申込　児童の状況票

※該当する□にチェックしてください。

お子さんの状況を確認するためにご記入をお願いします。

児童氏名		児童氏名	
生年月日		生年月日	
第一希望の園名		第一希望の園名	

【現在の保育状況】

□　保育園または幼稚園・こども園に預けている。

・施設名(　　保育園・幼稚園・こども園)
・利用開始日　　年　　月　　日

□　託児所等に預けている。
・施設名(　　)
・住所
・保育開始日　　年　　月　　日
・保育料　　月額　　円
　　時　　分 ～　　時　　分（週　　日）

□　保護者等が保育している。
・保育している人 □　母　□　父
　□　祖母　□　祖父
・保育場所　□　自宅　□　勤務先
　□　その他(　　)

□　その他(　　)

【現在の保育状況】

□　保育園または幼稚園・こども園に預けている。

・施設名(　　保育園・幼稚園・こども園)
・利用開始日　　年　　月　　日

□　託児所等に預けている。
・施設名(　　)
・住所
・保育開始日　　年　　月　　日
・保育料　　月額　　円
　　時　　分 ～　　時　　分（週　　日）

□　保護者等が保育している。
・保育している人 □　母　□　父
　□　祖母　□　祖父
・保育場所　□　自宅　□　勤務先
　□　その他(　　)

□　その他(　　)

【児童の健康状況】

●　アレルギー(食物・アトピー性皮膚炎等)はありますか
□　ある(食物　・　アトピー　・　その他)　□　ない
└▶ 医師の診断　□　ある　□ない
症状(　　)
制限する食品等(　　)

●　ひきつけの経験はありますか
□　ある　[　　歳　　か月の時]　□　ない

●　健診時の指摘事項やその他発達上の心配事や定期的な通院等はありますか
□　ある　□　ない
症状(　　)
病名(　　)
病院名(　　)
週または月にどのくらい通所してますか
[　週　・　月　　回程度]

●　身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか
□　はい　□　いいえ
[身体障害者手帳　　級]
[療育手帳　　級]

●　その他、入園にあたり、健康上または発達上気になることがありましたら、ご記入ください

【児童の健康状況】

●　アレルギー(食物・アトピー性皮膚炎等)はありますか
□　ある(食物　・　アトピー　・　その他)　□　ない
└▶ 医師の診断　□　ある　□ない
症状(　　)
制限する食品等(　　)

●　ひきつけの経験はありますか
□　ある　[　　歳　　か月の時]　□　ない

●　健診時の指摘事項やその他発達上の心配事や定期的な通院等はありますか
□　ある　□　ない
症状(　　)
病名(　　)
病院名(　　)
週または月にどのくらい通所してますか
[　週　・　月　　回程度]

●　身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか
□　はい　□　いいえ
[身体障害者手帳　　級]
[療育手帳　　級]

●　その他、入園にあたり、健康上または発達上気になることがありましたら、ご記入ください

※この児童の状況票は、こども園・保育園等の入園資料以外には使用しません。