

(新規 ・ 継続) ※当てはまる方に○をつけてください。

(保護者氏名)

(連絡先)

フリガナ		性別	生年月日	入所(希望)年月日
児童氏名		男・女	R 年 月 日	R 年 月 日
住 所	〒901- 南城市			
保育歴	園名()現在(歳児クラス) ☐ 待機 ☐ 家庭保育 ※申込時点			

☐ 現在入所している施設と加配保育の必要性について確認しました。

家 族 構 成(本人以外)				妊 娠 中 ～ 出 生 時 の 状 況
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	* 妊娠中の経過(異常なし・異常あり)
				* 分娩時の状況(自然・帝王切開・吸引)
				* 出生時体重()g
				* 在胎週数(週 日)
				* 生まれてすぐ(1週間くらい)の状態

【申請に至った経緯・加配保育の必要性】

【 お子様の医療機関受診歴、診断等について 】

＜A＞発達面が気になる児童

1. 受診歴: なし ・ あり(初回受診時期)
2. 受診に至った経緯 []
3. 医療機関名 ()
4. 診断の有無(疑い含む): なし ・ あり ☐ 自閉症スペクトラム ☐ ADHD
☐ 発達遅滞(知的発達症) ☐ 染色体異常 ☐ てんかん ☐ その他()
5. 定期受診の必要性: なし ・ あり()ヵ月毎 ・ その他()
6. 関係機関の手帳など なし ・ あり()

＜B＞身体に障害がある児童または医療的ケアを要する児童(なければ記入不要)

1. 診断名
2. 障害状況
3. 医療的ケアの内容／実施頻度(時間帯等) ※医療的ケアがある場合は記入必須
☐ 経管栄養／() ☐ 服薬管理／()
☐ 吸引／() ☐ 導尿／()
☐ 酸素管理／() ☐ 気管切開／()
☐ 吸入／() ☐ インスリン注射／()
☐ 人工肛門／() ☐ その他()

4. 医療機関の受診状況

医療機関名	診療科	受診内容	受診頻度
①			毎
②			毎
③			毎

5. 主治医は集団保育が可能と判断していますか。

はい ・ いいえ

※ 新規入園のお子さんについては、別途必要書類があります。詳しくは、「医療的ケアを必要とするお子さんの保育所等利用のしおり(P7入園前の相談から保育所等入園までの流れ)」をご確認ください。

【 児童デイサービス・訪問看護・訪問リハ・その他療育等の利用状況(予定) 】

☐ 利用あり(児童デイ ・ 訪問看護 ・ 訪問リハ ・ その他療育等) ☐ 利用なし

施設名	利用頻度
	週・月()日 1回あたり()時間 / その他()
	週・月()日 1回あたり()時間 / その他()
	週・月()日 1回あたり()時間 / その他()
	週・月()日 1回あたり()時間 / その他()
	週・月()日 1回あたり()時間 / その他()