

利用希望施設 御中

1. 申請者（保護者）

申請日	年 月 日			
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 北区			
フリガナ		連絡先	自宅	- -
氏名			携帯	- -
mail	@			

2. 利用を希望する児童

フリガナ		性別	生年月日	
氏名			令和 年 月 日	
確認	以下に✓してください（該当しない場合は本事業の対象にはなりません） <input type="checkbox"/> 保育園、幼稚園、認定こども園等に通っていない、在籍もしていません。			

希望する項目に✓してください。

利用希望	第1希望	回数	<input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2回 <input type="checkbox"/> その他（ ）	時間	時 分 ~ 時 分
		曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金	食事等	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	第2希望	回数	<input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2回 <input type="checkbox"/> その他（ ）	時間	時 分 ~ 時 分
		曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金	食事等	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
希望理由	本事業を利用したい理由、期待すること、要望等をご記入ください				

3. 同居家族

利用児童以外の家族全員について記入してください。

フリガナ 氏名	続柄	緊急時の連絡		携帯電話番号
		可・否	優先順位	
				- -
				- -
				- -
				- -
				- -

4. 児童の健康状態

利用を希望する児童の健康状態について、以下のすべての項目についてお答えください。
 (該当する項目に✓し、「はい」の場合はその内容等を記載してください。)

1 過去に大きな病気をしたことがありますか。

はい いいえ

病名	
病院名	

2 言葉やその他の発達について継続して相談・受診をしている機関はありますか。

はい いいえ

内容	
相談先	

3 アレルギー（食物・アトピー等）はありますか。

はい いいえ

アレルギーの種類・内容			
判断した人	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 保護者	<input type="checkbox"/> その他 ()
上記アレルギーによりアナフィラキシーを起こしたことはありますか			
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
直近で 年 月頃			

4 乳幼児健診を受けましたか。

はい いいえ

受けたものに✓を してください	<input type="checkbox"/> 4か月	<input type="checkbox"/> 6か月	<input type="checkbox"/> 9か月	<input type="checkbox"/> 1歳6か月
健診時に指摘事項は ありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
いつの健診のことですか 指摘事項の内容はどのよう なものですか	() 健診のとき			
	内容			
	() 健診のとき			
	内容			
指摘を受けた内容につい て、現在はどのような状況 ですか	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他 ()			

5 その他、健康、言葉、行動など発達面で気になることをご記入ください。

--