

医療管理・発達・健康調査票

年 月 日現在

*出産予定のお子様については、「第1希望施設名」「氏名(名字のみ可)」「生年月日(出産予定日)」「連絡先(住所・電話番号)」の4ヶ所のみ、必ずご記入ください。 実際に入園(所)が内定した後に、改めて聞き取りをします。

第1希望施設名 (園所名)		年齢	歳 月
(ふりがな) 氏名		生年月日 または 出産予定日	年 月 日 <u>*出産予定の方はチェックしてください。</u> <input type="checkbox"/> 出産予定
連絡先 (電話番号)	TEL () -		

お子様の入園(所)後のよりよい成長の支援が図れるよう次の項目について記入をお願いします。

【医療管理について】

(1) 現在、下記のような疾患はありますか。

ある ない

*ある方のみお答えください。

① 下記のあてはまる疾患にチェックをしてください。

アトピー性皮膚炎 アレルギー性結膜炎 アレルギー性鼻炎

気管支喘息 てんかん 熱性けいれん

その他 ()

② 医療機関を受診していますか

している (医療機関名)

(最終診断日 年 月 日)

していない

(2) 生れてから今までに、病気や怪我で入院・通院されたことはありますか。

ある ない

1) 「ある」と答えた方のみ、下記に表にご記入ください。

いつごろ	病名	どちらかにチェック
		<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中又は経過観察中
		<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中又は経過観察中
		<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中又は経過観察中

2) 「治療中又は経過観察中」と答えた方のみお答えください。

① 受診中の医療機関名 []

② 医師から、看護師による医療行為又は体調管理や服薬等の保育上の特別な配慮が必要であると言われましたか。

必要ではない。 必要である。

3) 「必要である」と答えた方のみお答えください。必要な医療行為や体調管理や服薬等の保育上の特別な配慮を具体的にご記入ください。

{

例：毎日の服薬、検温等

}

***診断書や医師の意見書の提出をお願いすることがあります。**

【発達・健康について】

※以下のアンケートのいずれに☑をされても、保育所の入所選考において不利になることはありません。（「近江八幡市保育所等保育実施基準表」の指数に基づき入所選考いたします。）

(1)心身の発達面（ことば・精神発達・運動発達等）について気になることはありますか。

ない

ある →どのような内容ですか

（具体的に）

(2)乳幼児健診や2歳6か月児相談を受けた際に、保健師・栄養士から指導等がありましたか。

ない

ある →どのような内容でしたか

（具体的に）

(3)専門機関で相談を受けられたことがありますか

ない

ある →相談機関はどこですか。あてはまる機関にチェックをしてください。

健康推進課(保健センター)

発達支援課(子ども発達支援センター)

近江八幡市立総合医療センター

小児保健医療センター

その他()

→どのような時期に相談を受けられましたか

出産直後

乳幼児健診時()

歳

か月時

その他

→どのような相談内容ですか

（具体的に）

→これまでに発達相談・発達検査を受けたことはありますか

※いつ頃()

歳 か月頃

※どこで()

(3)であるとお答えいただいた方にお尋ねします。

近江八幡市では、障がいや心身の発達の遅れ等があるために、集団生活の中で特別な支援が必要な場合、園(所)で担任とは別に保育者等がサポートをする制度(特別支援加配・障がい児加配)があります。

保育所等及び幼稚園に入所(園)するにあたり、入所(園)すると同時に、この制度を利用した、サポートを希望しますか。

(希望する

希望しない)

※希望するに☑をしている場合でも、必ず加配がつくとは限りません。入所内定後、面談を行い、①発達検査の結果や②乳幼児健診等結果・③医療機関等の意見書等を添付の上、サポートの申請をしていただきます。(加配申請)その後、集団生活において特別な支援・配慮を必要とするかどうかの加配検討を行い、配置をしていきます。

※お子さんの成長をよりよく支えていくために、サポートの希望の有無にかかわらず、全てのお子さんについて、入園所までに受けられた乳幼児健診や2歳6か月相談等での保健師・栄養士の指導、また発達相談・発達検査の内容について健康推進課と発達支援課に確認させていただきます。この調査で得た個人情報については幼児課と就園先施設のみで共有し、目的以外に使用しません。

※上記について同意します。

保護者名 _____

*この調査は、近江八幡市内の保育園(所)、認定こども園、小規模保育事業所、家庭的保育事業所、幼稚園への入園(所)を希望している方すべてに実施しています。

(近江八幡市子ども健康部幼児課 様式改 R5.9)