

医療管理・発達・健康調査票

年 月 日現在

*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）を希望している方全てに実施しています。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。

(ふりがな) 氏 名	生年月日 または 出産予定日	年 月 日 *出産予定の方はチェックしてください。 □出産予定
*出産予定の方は名字のみ記入してください。		

【医療管理について】

(1)生まれてから今までに、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、下記の表にご記入ください。

いつごろ	病 名	どちらかにチェック
		□完治 □治療中又は経過観察中
		□完治 □治療中又は経過観察中
		□完治 □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、服薬等の保育上の特別な配慮または看護師による医療行為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、具体的な内容をご記入ください。

例：毎日の服薬、検温等

医療行為の一例

項目	ケアの内容
栄養	経管栄養、中心静脈栄養 等
呼吸	吸引、人工呼吸器、酸素療法 等
排泄	導尿、浣腸 等
その他	血糖値測定、インスリン注射 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。

(2)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あてはまる疾患に○をしてください。その他の場合は具体的に記入してください。

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

裏面へ

【発達・健康について】

※以下のアンケートに☑されても、保育所等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。）

乳幼児健診	4か月健診	☐ 未受診	☐ 受診済	指摘事項： ☐ なし ☐ あり 「あり」の場合内容を記入してください ()
	1歳8か月健診	☐ 未受診	☐ 受診済	指摘事項： ☐ なし ☐ あり 「あり」の場合内容を記入してください ()
	2歳6か月相談	☐ 未受診	☐ 受診済	指摘事項： ☐ なし ☐ あり 「あり」の場合内容を記入してください ()
	3歳6か月健診	☐ 未受診	☐ 受診済	指摘事項： ☐ なし ☐ あり 「あり」の場合内容を記入してください ()
発達について	発達相談または発達検査を受けられたことはありますか	☐ なし ☐ あり ⇒	相談先	☐ 保健センター ☐ 発達支援課（ひまわり館） ☐ その他 ()
	発達上、気になることがあればお書きください。			
	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を必要な場合、園（所）で担任とは別に保育者等がお子さんの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。			
	サポート（加配、特別な支援）を希望されますか	☐ 希望なし ☐ 希望あり ※希望ありの場合でも必ずサポートがつくとは限りません。		
の食対応にアレルギー	☐ 必要なし			
	☐ わからない ⇒ ☐ 離乳食を開始していない ☐ まだ食べていない食材がある			
	☐ 必要あり ⇒ 品目： ☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ その他 ()			
※入園(所)内定後、給食での対応の必要性や内容について主治医にご相談いただき、対応が必要な場合は生活管理指導表を提出していただきます。				
【申請にあたって同意いただく事項】 1. サポート希望の有無にかかわらず乳幼児健診や発達相談等、幼児課が関係機関に情報提供を依頼すること。 2. この調査で得た個人情報を幼児課と入園所決定（内定）施設等で共有すること。 以上のことについて同意します。 保護者氏名 _____				

※提出いただきました個人情報は、個人情報保護に関する法律に基づき適正管理のうえ、入園所における関係業務以外には使用いたしません。