

入所申込児童の健康状態について

(17)

保護者氏名		児童との 続柄	父・母
-------	--	------------	-----

児童氏名	生年月日	在籍施設又は入所申込施設の名称
	令和 年 月 日	
	令和 年 月 日	
	令和 年 月 日	

先天性疾患、慢性疾患、重度アレルギー疾患、発育及び発達状態等により、医療機関に通院又は、相談している場合、可能な範囲で記載してください。

1人目の内容

1. 手帳の有無 該当する項目に☑してください。	<input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類：) <input type="checkbox"/> 無
2. 病名・障がい	
3. 現在の病状	

2人目の内容（同時に入所を申し込む場合）

1. 手帳の有無 該当する項目に☑してください。	<input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類：) <input type="checkbox"/> 無
2. 病名・障がい	
3. 現在の病状	

《同意事項》

本市における円滑な保育の実施に当たって、入所が決定した特定教育・保育施設等に対して、個人情報を提供します。

※特定教育・保育施設等に対する情報提供は、電子通知システムを使用して行う場合があります。