

多様な他者との関わりの機会の創出事業「おひさまルーム」申請書

社会福祉法人ねぐるみ会 芝原保育園 園長 宛て

1. 申請書(保護者)

申請日	年 月 日
住 所	〒
フリガナ	
氏 名	
連絡先	自宅
	携帯

2. 利用を希望する児童

フリガナ		性別	生年月日
氏 名			年 月 日 【第()子】
確 認	以下にチェックしてください(該当しない場合は本事業の対象にはなりません) ☐ 保育園、幼稚園、認定こども園等に在籍していません。		

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。

[illegible]

4. 児童の健康状況

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。

(該当する項目にチェックし、「はい」の場合はその内容等を記載してください。)

食物アレルギー	☐ なし ☐ あり(アナフィラキシーショック あり・なし) ☐ まだわからない ☐ 鶏卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ 大豆 ☐ その他()
ミルク・母乳について	☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ 粉ミルク ☐ 牛乳
食事について	☐ 初期 ☐ 中期 ☐ 後期 ☐ 完了期 ☐ 幼児食 食欲(☐ よく食べる ☐ 食が細い ☐ ムラがある ☐ 好き嫌いがある 好きな食べ物() 苦手な食べ物() ☐ 抱っこで食べる ☐ 椅子に座って食べさせてもらう ☐ 手づかみで食べる ☐ 大人の手助けがあればスプーン等で食べられる ☐ スプーンを使用して自分で食べる
発達について	<u>首のすわり</u> <u>か月</u> <u>寝返り</u> <u>か月</u> <u>おすわり</u> <u>か月</u> <u>ハイハイ</u> <u>か月</u> <u>つかまり立ち</u> <u>か月</u> <u>つたい歩き</u> <u>か月</u> <u>歩き始め</u> <u>か月</u> ☐ あやすとわらう ☐ 音のする方を見る ☐ 話しかけるような声を出す ☐ 人見知りをする ☐ おいで・ちょうだい等がわかる
市の健診の状況	☐ 3～4か月健診 ☐ 10 か月健診 ☐ 1歳半健診 結果 ☐ 異常なし ☐ 異常あり()健診の時 内容() 指導されたこと ☐ なし ☐ あり()健診の時 内容()
病気・発達等で 相談している機関	☐ 保健センター ☐ 療育相談 ☐ エール ☐ 医療機関() ☐ その他()
既往歴について	過去に大きな病気をしたことがありますか ☐ なし ☐ あり(病名)(医療機関名) ありの場合、入院の有無、治療期間など詳しく記入してください。 ()
体調について	☐ 風邪をひきやすい ☐ 熱が出やすい ☐ 吐きやすい ☐ ゼイゼイしやすい ☐ 鼻血が出やすい ☐ 腕が抜けやすい(右・左・両方) ☐ 口内炎がでやすい ☐ 扁桃腺が腫れやすい ☐ 湿疹がでやすい ☐ 化膿しやすい ☐ 下痢になりやすい ☐ 便秘しやすい ☐ 継続して飲んでいる薬()
からだや発育のことで気になる事・健康上注意してほしいこと等がありましたら記入してください。	