

年 月 日

企主導型保育 保育園Kanoa 利用申込書

保育園Kanoa 宛

※利用者負担額算定・徴収のため保護者及び扶養義務者の市県民税等課税状況について確認、閲覧することに同意します。

※提出書類の内容に虚偽があった場合は、利用決定等を取り消すことがあります。

保護者 (申請者)	フリガナ			(印)	男・女	生年月日		
	氏名/名前					年 月 日		
	自宅電話		父携帯		母携帯			
	現住所	市 区						
	前住所あるいは転居予定先	(2年以内に転居された方、今後転居する予定のある方は記入してください) (年 月 日転居 予定・済)						
	フリガナ			男・女	生年月日	健康保険における扶養者		
	認定の対象となる 子どもの氏名/名前				年 月 日	父・母・()		
	利用を希望する期間	年 月 日 から ☐ 小学校入学前まで ☐ 年 月 日まで						

利用を希望する時間	(平日) 時 分 ~ 時 分 (土曜) 時 分 ~ 時 分
-----------	-------------------------------

以下の欄には、認定の対象となる子どもと生計を一にする世帯の **世帯員全員** について記入してください。
(世帯には、同居の祖父母や単身赴任中の保護者、就学中のきょうだい等、別居中の世帯員も含まれます。)

世帯員氏名/名前	子どもの続柄	性別	生年月日	職業(勤め先)・学校等	※備考
	父	男	年 月 日		
	母	女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		

※身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・障害年金等の交付(給付)を受けている方、児童扶養手当の受給者、特別児童扶養手当の支給対象児については、備考欄に手帳名・番号を記入の上、写しを添付してください。

保育を必要とする理由	父	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害・復旧 ☐ 求職活動・内定 ☐ 就学 ☐ その他()						
	母	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害・復旧 ☐ 求職活動・内定 ☐ 就学 ☐ その他()						
保育必要量について	☐ 保育標準時間		☐ 保育短時間		母子・父子世帯の適用		☐ 有 ☐ 無	
生活保護の適用	☐ 有(区・支所:) (担当者:) ☐ 申請中(年 月 日申請) ☐ 無							

祖父母の状況	続柄		氏名/名前	住所	年齢	就労状況(勤務先)
	父方	祖父		(電話)		
		祖母		(電話)		
	母方	祖父		(電話)		
		祖母		(電話)		

記入例

- ・ 黒のボールペンで、はっきりと楷書で記入もしくはチェックを入れてください。
- ・ 記入内容を訂正する場合は、当該箇所に二重線を入れ訂正印を押印し、空白に正しい内容を記入してください。
- ・ 記入日時点の状況を、正確に記入してください。

年 月 日

企主導型保育 保育園Kanoa 利用申込書

保育園Kanoa 宛

※利用者負担額算定・徴収のため保護者及び扶養義務者の市県民税等課税状況について確認、閲覧することに同意します。

※提出書類の内容に虚偽があった場合は、利用決定等を取り消すことがあります。

フリガナ	コウベ ナツタロウ	性別	男・女	生年月日	昭和57年 1 月 1 日
氏名/名前	神戸 夏太郎	性別	男・女	生年月日	昭和57年 1 月 1 日
自宅電話	078- -	父携帯	090-****-****	母携帯	080-****-****
現住所	神戸市 中央区 加納町6丁目5番1番	父母以外の場合は、統柄（祖父・祖母等）を記入してください。			
前住所あるいは転居予定先	(2年以内に転居された方、今後転居する予定のある方は記入してください)				
フリガナ	コウベ ハル	性別	男・女	生年月日	平成28年 12 月 26 日
認定の対象となる子どもの氏名/名前	神戸 春	性別	男・女	生年月日	平成28年 12 月 26 日
利用を希望する期間	2019 年 4 月 1 日 から	☒ 小学校入学前まで ☐ 年 月 日まで			

利用を希望する時間 (平日) 8 時 30 分 ~ 18 時 00 分 (土曜) 8 時 30 分 ~ 18 時 00 分

以下の欄には、認定の対象となる子どもと生計を一にする世帯の世帯員全員について記入してください。(世帯には、同居の祖父母や単身赴任中の保護者、就学中のきょうだい等、別居中の世帯員も含まれます。)

世帯員氏名/名前	子どもの続柄	性別	生年月日	職業(勤め先)・学校等
コウベ ナツタロウ	父	男	昭和 57 年 1 月 1 日	みなとまち商事
コウベ アキ	母	女	昭和 60 年 7 月 24 日	カフェでんでんむし
コウベ ユキ	祖母	男・女	昭和 30 年 1 月 25 日	パート (つばめ商会)
コウベ イチロウ	兄	男・女	平成 26 年 3 月 15 日	べんぎん保育園
コウベ ナツ	姉	男・女	平成 27 年 10 月 29 日	認可外あひる園
コウベ ハル	本人	男・女	平成 28 年 12 月 26 日	認可外あひる園

きょうだいが入園している場合は、その施設名(保育所名等)を記入してください。入園を希望する子どもが、現在施設を利用している場合であっても記入してください。

障害者の手帳を所持されている方はその種類と番号を必ず記入してください。

※身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・障害年金等の交付(給付)を受けている方、児童扶養手当の受給者、特別児童扶養手当の支給対象児については、備考欄に手帳名・番号を記入の上、等しを添付してください。

保育を必要とする理由	父 ☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害・復旧 ☐ 求職活動・内定 ☐ 就学 ☐ その他()
母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害・復旧 ☐ 求職活動・内定 ☐ 就学 ☐ その他()
保育必要量について	☒ 保育標準時間 ☐ 保育短時間 母子・父子世帯の適用 ☐ 有 ☒ 無
生活保護の適用	☐ 有(区・支所:) (担当:) ☐ 申請中(年 月 日申請) ☒ 無

続柄	氏名/名前	住所	年齢	就労状況(勤務先)
祖父		(電話 073-****-****)		
祖母	神戸 雪	同居 (電話 078-331-8181)	63	つばめ商会
祖父	六甲 岳	京都市〇〇区・ (電話 075-****-****)	63	農業
祖母	六甲 きみえ	〃 (電話 075-****-****)	63	農業

未婚・死別等で不在の場合は、その旨をご記入ください。

保育所等利用理由調査票①

該当する箇所にチェックまたは必要項目を記入してください。

就労	父親の状況	母親の状況
状況	☐ 就労中 ☐ 就労内定	☐ 就労中 ☐ 就労内定
勤務先名		
就労開始(予定)日	年 月 日・入園後すぐ	年 月 日・入園後すぐ
所在地		
雇用形態	☐ 正規 ☐ 自営業 ☐ パート ☐ アルバイト ☐ 内職 ☐ 派遣 ☐ 契約 ☐ その他() 雇用主との親族関係が ☐ 有 ☐ 無	☐ 正規 ☐ 自営業 ☐ パート ☐ アルバイト ☐ 内職 ☐ 派遣 ☐ 契約 ☐ その他() 雇用主との親族関係が ☐ 有 ☐ 無
勤務時間	月・火・水・木・金・土・日 ☐ 不規則(週・月 日) 時 分～時 分(一日あたり 時間 分)	月・火・水・木・金・土・日 ☐ 不規則(週・月 日) 時 分～時 分(一日あたり 時間 分)
通勤時間	自宅⇒第1希望施設 時間 分 第1希望施設⇒職場 時間 分 自宅⇒職場 時間 分	自宅⇒第1希望施設 時間 分 第1希望施設⇒職場 時間 分 自宅⇒職場 時間 分
通勤方法	☐ 徒歩 ☐ 電車 ☐ バス ☐ 自転車 ☐ 自動車	☐ 徒歩 ☐ 電車 ☐ バス ☐ 自転車 ☐ 自動車
休職中の場合	☐ 育休中 ☐ その他() 終了日(年 月 日まで)	☐ 産前産後 ☐ 育休中 ☐ その他() 終了日(年 月 日まで)

妊娠・出産 出産予定 (有・無)

〔 出産予定の方は、必ず記入してください。(保育を必要とする事由が妊娠・出産である方も含む) 〕

母親の状況
出産予定日 年 月 日 産休後の予定 ☐ 育休取得 ☐ 仕事復帰 ☐ 就労予定なし

疾病・障がい	父親の状況	母親の状況
疾病・障がい名		
障害者手帳	☐ 有(手帳 級) ☐ 無 ☐ 申請中	☐ 有(手帳 級) ☐ 無 ☐ 申請中
状況	☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 自宅療養	☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 自宅療養
入院・通院期間	年 月 日～年 月 日	年 月 日～年 月 日
通院日数	週・月に 日	週・月に 日

介護・看護	父親の状況	母親の状況
被介護者氏名/名前		
生年月日	年 月 日	年 月 日
児童との続柄		
同居の有無	☐ 同居 ☐ 別居	☐ 同居 ☐ 別居
被介護者の住所		
疾病・障がい名		
要介護・要支援認定	☐ 有(要支援・要介護) ☐ 無 ☐ 申請中	☐ 有(要支援・要介護) ☐ 無 ☐ 申請中
障害者手帳	☐ 有(手帳 級) ☐ 無 ☐ 申請中	☐ 有(手帳 級) ☐ 無 ☐ 申請中
介護内容	☐ 自宅介護 ☐ 通院付添 ☐ 入院付添 ☐ 施設通所付添	☐ 自宅介護 ☐ 通院付添 ☐ 入院付添 ☐ 施設通所付添

就学・職業訓練	父親の状況	母親の状況
学校名		
所在地		
学年	年制 年次 在学中	年制 年次 在学中
就学期間	年 月～年 月(卒業見込)	年 月～年 月(卒業見込)
通学日数	週 日(一日平均 時間 分)	週 日(一日平均 時間 分)

その他	父親の状況	母親の状況
災害復旧	☐ 震災・風水害・火災その他の災害の復旧にあたっている	☐ 震災・風水害・火災その他の災害の復旧にあたっている
求職活動	☐ 求職活動中 ☐ 起業準備中	☐ 求職活動中 ☐ 起業準備中
その他の事由		

記入例

- ・ 黒のボールペンで、はっきりと楷書で記入もしくはチェックを入れてください。
- ・ 記入内容を訂正する場合は、当該箇所に二重線を入れ訂正印を押印し、空白に正しい内容を記入してください。

保育所等利用理由調査票①

該当する箇所にチェックまたは必要項目を記入してください。

就労	父親の状況	母親の状況
状況 ☒ 就労中 ☐ 就労内定		
勤務先名 みなとまち商事		休憩時間を含む始業時から終業時までの時間（労働契約上の時間）を記入してください。
就労開始(予定)日 平成19年4月1日・入園後すぐ		
所在地 神戸市須磨区大黒町4-1-1		
雇用形態 ☒ 正規 ☐ 自営業 ☐ パート ☐ アルバイト ☐ 内職 ☐ 派遣 ☐ 契約 ☐ その他()		育児休業を取得されている場合は、こちらに記入してください。（父親が育児休業を取得している場合であっても、育児休業にチェックを入れてください。）育児休業以外の理由で休職中の場合は、カッコ内に理由を記入してください。
勤務時間 月・火・水・木・金・土・日 8時30分～17時30分(一日あたり9時間00分)		終了日は見込でも構いませんが、終了日が確定している場合は正確に記入してください。
通勤時間 自宅⇒第1希望施設 時間 分 第1希望施設⇒職場 時間 分 自宅⇒職場 時間 分		
通勤方法 ☒ 徒歩 ☒ 電車 ☐ バス ☐ 自転車 ☐ 自動車		
休職中の場合 ☒ 育休中 ☐ その他() 終了日(2019年4月30日まで)		

該当する方法すべてにチェックを入れてください。

妊娠・出産 出産予定(有・無)

（出産予定の方は、必ず記入してください。（保育を必要とする事由が妊娠・出産である方も含む））

母親の状況
出産予定日 平成 年 月 日
産休後の予定 ☐ 育休取得 ☐ 仕事復帰 ☐ 就労予定なし

疾病・障がい	父親の状況	母親の状況
疾病・障がい名 II型糖尿病、網膜症		複数の疾病・障がいをお持ちの場合、全て記入してください。
障害者手帳 ☐ 有() 手帳(級) ☒ 無 ☐ 申請中		終了日は見込でも構いません（継続して入院・通院されていて終了が見込めない場合は、空欄で可です）。ただし終了日が確定している場合は正確に記入してください。
状況 ☐ 入院 ☒ 通院 ☐ 自宅療養		
入院・通院期間 平成28年1月13日～ 年 月 日		
通院日数 週 月に 3 日		

週もしくは月どちらかに数を記入してください。

介護・看護

父親の状況	母親の状況
被介護者氏名/名前 神戸 雪	
生年月日 昭和30年1月25日	
児童との続柄 児童との続柄、疾病・障がい名は、正確に詳しく記入してください。	父方祖母
同居の有無 ☒ 同居 ☐ 別居	
被介護者の住所 同居	
疾病・障がい名 複数の疾病・障がいがある場合は、介護・看護の原因となるものを記入してください。	筋萎縮性側索硬化症
要介護・要支援認定 ☒ 有(要支援 要介護 4) ☐ 無 ☐ 申請中	
障害者手帳 ☒ 有(身体障害者手帳1級) ☐ 無 ☐ 申請中	
介護内容 ☐ 入院付添 ☐ 施設通所付添	☒ 有(要支援 要介護 4) ☐ 無 ☐ 申請中 ☒ 有(身体障害者手帳1級) ☐ 無 ☐ 申請中 ☒ 自宅介護 ☒ 通院付添 ☐ 入院付添 ☐ 施設通所付添

就学・職業訓練

父親の状況	母親の状況
学校名 神戸市立看護大学	略称ではなく、正確な学校名を記入してください。
所在地 神戸市西区学園西町3丁目4	
学年 4年制3年次 在学中	
就学期間 平成28年4月～2020年3月(卒業見込)	日ごとに就学時間が異なる場合は、一日の平均を算出してください。
通学日数 週5日(一日平均6時間00分)	

その他

父親の状況	母親の状況
災害復旧 ☐ 震災・風水害・火災その他の災害の復旧にあたる	☐ 震災・風水害・火災その他の災害の復旧にあたる
求職活動 ☐ 求職活動中 ☐ 起業準備中	☒ 求職活動中 ☐ 起業準備中
その他の事由	

「就労」、「妊娠・出産」、「疾病・障がい」、「介護・看護」、「就学・職業訓練」以外の事由で保育を必要とする場合は、いずれかにチェックを入れてください。

保育所等利用理由調査票②

該当する箇所にチェックまたは必要項目を記入してください。

現在の保育状況

☐	自宅で見ている	(父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 親族 ・ 知人) 親族・知人氏名/名前 ()
☐	職場に連れて行く	(父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 親族 ・ 知人) 親族・知人氏名/名前 ()
☐	親族・知人宅で見ている	氏名/名前 () 続柄 () 住 所 ()
☐	保育施設等	施設名<認可・認可外> () 利用曜日 毎週 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) 不定期で週に 日 利用時間 時 分 ～ 時 分 費用(月額・日額) 円
☐	そ の 他 ()	

再入園 (申込児童のきょうだいの育児休業のために、認可保育所等を退園した場合)

育休対象児童名	(申込児童との続柄)
在 園 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日

転所・転園 (転所・転園が決まった場合、通園中の施設を継続利用できません)

転所理由	☐ 転居 ☐ 転勤 (父 ・ 母) ☐ その他 ()
------	--

ひとり親世帯

☐	離婚(	年	月	日)	☐	死別(	年	月	日)	☐	未婚
☐	別居(	年	月	日(ごろ)から	調停	☐ あり(証明書	☐ あり	☐ なし	☐	なし	

単身赴任

赴 任 者	(申込児童との続柄: 父 ・ 母)
赴 任 先	
赴任予定期間	年 月 日 から ☐ 年 月 日まで ☐ 未定

きょうだいの状況

☐	きょうだいと同時に申し込みをする ☐ 同じ保育所等 ☐ 別の保育所等 ()
☐	すでにきょうだいが保育所等に入園している ・氏名/名前 () 申込児童との続柄 () 施設名 () ・氏名/名前 () 申込児童との続柄 () 施設名 ()
☐	保育所等に入園していない小学校就学前児童がいる ・氏名/名前 () 申込児童との続柄 () 生年月日 (年 月 日) 現在の保育状況 () ・氏名/名前 () 申込児童との続柄 () 生年月日 (年 月 日) 現在の保育状況 ()

記入例

- ・ 黒のボールペンで、はっきりと楷書で記入もしくはチェックを入れてください。
- ・ 記入内容を訂正する場合は、当該箇所にも二重線を入れ訂正印を押印し、空白に正しい内容を記入してください。

保育所等利用理由調査票②

該当する箇所にチェックまたは必要項目を記入してください。

現在の保育状況

☐	自宅でみている	(父・母・祖父・祖母・親族・知人)
	親族・知人氏名/名前	()
☐	職場に連れて行く	(父・母・祖父・祖母・親族・知人)
	親族・知人氏名/名前	()
☐	親族・知人宅でみている	
	氏名/名前	() 続柄 ()
	住所	()
☒	保育施設等	施設名<認可・認可外> (あひる園)
	利用曜日	毎週 (月・火・水・木・金・土・日) 不定期で週に 5 日
	利用時間	8 時 30 分 ~ 18 時 30 分 費用 (月額・日額) 48,000 円
☐	その他	()

再入園 (申込児童のきょうだいの育児休業のために、認可保育所等を退園した場合)

育児対象児童名	(申込児童との続柄)
在園期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

転所・転園 (転所・転園が決まった場合、通園中の施設を継続利用できません)

転所理由	☐ 転居 ☒ 転勤 (父・母) ☐ その他 ()
------	---

ひとり親世帯

☐ 離婚 (年 月 日)	☐ 死別 (年 月)	赴任先が国外の場合でも、住所・勤務先等まで詳細に記入してください。
☒ 別居 (平成30年5月1日(ごろ)から)	調停 ☒ あり(証明書)	

単身赴任

赴任者	神戸 夏太郎	(申込児童との続柄: 父・母)
赴任先	みなとまち商事札幌支社	(北海道札幌市手稲区.....)
赴任予定期間	平成30年4月1日 から ☒ 2020年3月31日まで ☐ 未定	

きょうだいの状況

☒ きょうだいと同時に申し込みをする	別の保育所等の場合、同時申込をするきょうだいの、第一希望の施設名(保育所等)を記入してください。
☒ 同じ保育所等 ☐ 別の保育所等 ()	
☒ すでにきょうだいが保育所等に入園している	認可保育所・認定こども園・小規模保育事業等を記入してください。
・氏名/名前 (神戸 一郎) 申込児童との続柄 (兄) 施設名 (べんぎん保育園) ・氏名/名前 () 申込児童との続柄 () 施設名 ()	
☐ 保育所等に入園していない小学校就学前児童がいる	
・氏名/名前 () 申込児童との続柄 () 現在の保育状況 () ・氏名/名前 () 申込児童との続柄 () 現在の保育状況 ()	

児童の状況票

フリガナ			男・女
児 童 氏 名 / 名 前			
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳 か月
記入者〔続柄〕	[]	記入日	年 月 日
0歳児	☐ ひどりで座っていることができる ☐ 人に向かって、「アーアー」「ウーウー」などいろいろな声を出す		
1歳児	☐ つかまり立ち、ひとり歩きをする ☐ 手を出して、ものをつかむ ☐ 「マンマ」「ブーブー」など片言を言う ☐ 身の回りの大人や子どもに関心を示す ☐ 名前を呼ばれたら振り向く		
2歳児	☐ ころばずにひとりで歩く ☐ 積み木をつんだり、ブロックをつないだりする ☐ 簡単な問いかけに答える（「これなあに？」「ワンワン」など） ☐ 子どものそばに寄っていつたり、一緒に遊んだりするのを喜ぶ ☐ 禁止（だめ）がわかり、やめる		
3歳児以上	食事は ☐ ひどりで食べる ☐ 食べさせる 衣服の着脱は ☐ ひとりまする ☐ してやる 用便は ☐ ひとりまする ☐ 知らせる ☐ おむつ ことばは ☐ 同年齢の子と会話ができる ☐ わかりにくい 友達とは ☐ 一緒に遊ぶ ☐ 遊べない		
乳幼児健康診査を受けましたか	☐ 受けた（受診した健康診査すべてにチェックしてください） ☐ 4か月 ☐ 9か月 ☐ 1歳6か月 ☐ 3歳 ☐ 受けていない		
そのとき、何か指導がありましたか	☐ いいえ ☐ はい [指導内容 _____]		
神戸市機関に相談したことや、大きな病気やひきつけなどを起こして病院に相談したことはありますか	☐ いいえ ☐ はい ☐ 神戸市機関（こども家庭センター・総合療育センター・西部療育センター） ☐ その他の病院（_____） 受診科（_____）頻度（_____） 受診内容（_____） 期間 _____ 年 月 日から _____ 年 月 日		
障害者手帳を持っていますか	☐ なし ☐ あり（_____ 年 月 日交付） ☐ 身体障害者手帳（_____ 県・市 第 _____ 号 等級：_____ ☐ 療育手帳（_____ 県・市 第 _____ 号 等級：_____)		
アトピーやアレルギーなどはありますか	☐ 下記項目該当なし ☐ あり [☐ 気管支ぜんそく ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ 食物アレルギー ☐ アレルギー性結膜炎]		
※アトピーやアレルギーがある場合、除去食の必要はありますか	☐ なし ☐ あり 原因食物 ☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ その他(_____)		
アナフィラキシーショック	☐ なし ☐ あり（エピペン ☐ あり ☐ なし)		
その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいことがあれば記入してください。			

記入例

- ・ 黒のボールペンで、はっきりと楷書で記入もしくはチェックを入れてください。
- ・ 記入内容を訂正する場合は、当該箇所に二重線を入れ訂正印を押印し、空白に正しい内容を記入してください。
- ・ 記入日時点の状況を、正確に記入してください。

児童の状況票

フリガナ	コウベ ハル	男・女
児童氏名/名前	神戸 春	
生年月日	平成28年 12月 26日	年齢 1歳 10か月
記入者〔続柄〕	神戸 あき [母]	記入日 30年 10月 16日

該当する年齢
児の欄のみ
チェックを入
れてください。
(記入例の場
合だと、1歳
児なので、
0,2歳児以上
の欄は記入不
要です。)

→ 0歳児

→ 1歳児

→ 2歳児

→ 3歳児以上

☐ ひとりで座っていることができる	☐ 人に向かって、「アーアー」「ウーウー」などいろいろな声を出す
☐ つかまり立ち、ひとり歩きをする	☒ 手を出して、ものをつかむ
☐ 「マンマ」「ブーブー」など片言を言う	☐ 身の回りの大人や子どもに関心を示す
☒ 名前を呼ばれたら振り向く	☐ ころばずにひとりで歩く
☐ 積み木をつんだり、ブロックをつないだりする	☐ 簡単な問いかけに答える(「これなあに?」「ワンワン」など)
☐ 子どものそばに寄っていつたり、一緒に遊んだりするのを楽しむ	☐ 禁止(だめ)がわかり、やめる
食事は ☐ ひとりで食べる ☐ 食べさせる	衣服の着脱は ☐ ひとりでする ☐ してやる
用便は ☐ ひとりでする ☐ 知らせる ☐ おむつ	ことばは ☐ 同年齢の子と会話ができる ☐ わかりにくい
友達は ☐ 一緒に遊べる ☐ 遊べない	

該当する年齢児の、あて
はまる項目にすべて
チェックを入れてくださ
い。

乳幼児健康診査を
受けましたか

☒ 受けた(受診した健康診査すべてにチェックしてください)	☒ 4か月	☐ 9か月	☐ 1歳6か月	☐ 3歳
☐ 受けていない				

そのとき、何か指導
は
ありましたか

☒ いいえ	☐ はい
---	-----------------------------

母子手帳を参考に記入してください。

現在も相
談・通院を
続けていれ
ば、終了日
は記入不要
です。

神戸市機関に相談した
ことや、大きな病気や
ひきつけなどを起こし
て病院に相談したことは
ありますか

☐ いいえ	☒ はい
☐ 神戸市機関(こども家庭センター・総合療育センター・西部療育センター)	☒ その他の病院(みつばち こどもクリニック)
受診科 (小児科)	頻度 (2週間に1回)
受診内容 (食物アレルギーの治療のため)	期間 平成29年 7月 27日 から 年 月 日

障害者手帳は
持っていますか

☒ なし	☐ あり (年 月 日交付)
☐ 身体障害者手帳 (県・市 第 号 等級:)	☐ 療育手帳 (県・市 第 号 等級:)

アトピーや
アレルギーなどは
ありますか

☐ 下記項目該当なし	☒ あり
☐ 気管支ぜんそく	☐ アトピー性皮膚炎
☒ 食物アレルギー	☐ アレルギー性結膜炎

※アトピーやアレルギー
がある場合、除去食の
必要はありますか

☐ なし	☒ あり
原因食物 ☐ 卵 ☐ 乳 ☒ 小麦 ☐ その他()	

アナフィラキシーショック

☒ なし	☐ あり (エピペン ☐ あり ☐ なし)
--	--

その他、養育上心配なことや、
入園後先生に伝えておきたい
ことがあれば記入してください。

該当する場合は、記入漏れのないようにしてください。