

身 体 の 様 子	19	身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳をお持ちですか。	はい・いいえ	身体障害者手帳（ 級） 精神障害者保健福祉手帳（ 級） 療育手帳（ ）判定 かかりつけ医（ ）
	20	「ひきつけ」「けいれん」を起こしたことがありますか。	はい・いいえ	初回 歳 か月 最後に起こした歳は？ 歳 か月 今まで何回起こしましたか 回 どんな時（発熱時・激しく泣いた時・その他 ） 診断名（ ）
	21	食物アレルギーはありますか。	はい・いいえ	検査（ 済 ・ 未 ） 原因食物（ ） 症状（下痢・じんましん・嘔吐・その他 ） アナフィラキシーショック（ 無 ・ 有 ） エピペンの所持（ ある ・ ない ） かかりつけ医（ ）
	22	持病はありますか。 （例 心臓病・ぜんそくなど）	はい・いいえ	診断名 （ ） かかりつけ医（ ） 配慮が必要な事項 （ ）
	23	これまでに大きな病気にかかったことがありますか。 （園生活を送る中で配慮が必要な病気）	はい・いいえ	診断名 （ ） かかりつけ医（ ） 配慮が必要な事項 （ ）

24. お子さんの発達（身体面・知的面・言語面）について気になることや、心配なこと、施設で保育を利用するにあたり注意してもらいたいことなどがあればご記入ください。