

(ふりがな) 入所児童名				(平成・令和 年 月 日生)		
住所		勝浦市		兄弟姉妹の状況(該当○・名前のみ)・年齢/所属(入所時)		
(ふりがな) 保護者氏名 ※日中連絡可		兄・弟 姉・妹		歳 所属:		
		兄・弟 姉・妹		歳 所属:		
電話番号 ※日中連絡可		(続柄)		兄・弟 姉・妹		
				歳 所属:		
同居世帯員 (18歳以上) の状況 ※入所時の 状況・年齢	父	就労・求職中・病気・障害・看護・介護・学生・その他・不存在				
	母	就労・求職中・病気・障害・看護・介護・学生・その他・不存在				
	祖父 (歳)	就労・求職中・病気・障害・看護・介護・学生・在宅・不存在 就労先()				
	祖母 (歳)	就労・求職中・病気・障害・看護・介護・学生・在宅・不存在 就労先()				
	その他 続柄()	就労・求職中・病気・障害・看護・介護・学生・在宅・不存在 就労先()				
送迎者 主たる人に○		【送り】父・母・祖父・祖母・他() 【迎え】父・母・祖父・祖母・他()				
入 所 希 望 児 童 の 健 康 状 態 に つ い て	1. 病気、事故等で入院したことがありますか		無・有 (時期: 歳 ヶ月・病名:)			
	2. 過去に大きな病気をしたことがありますか		無・有(病名:)			
	3. 現在治療中の病気などはありますか		無・有(病名: 通院先:)			
	4. 現在服用しているお薬はありますか		無・有 薬名: 服用時間: 朝・昼・夕・寝る前			
	5. 視力や聴力が気になって病院や専門機関を受診したことがありますか		無・有(結果:)			
	6. 「ひきつけ」・「けいれん」をおこしたことがありますか		無・有 これまで()回 ※初回:(歳 ヶ月)、最近:(歳 ヶ月) ※きっかけ()			
	7. アレルギーはありますか。 ※有の場合、該当するものに○ (詳細を記入)		無・有 (食物/薬品/ハウスダスト/花粉/その他) (具体的に)			
そ の 他	1. 集団生活の経験はありますか 無・有 (施設名: 利用時期: 年 月～ 年 月)					
	2. 言葉や発達のことなど、相談している病院や専門機関はありますか 無・有 (病院・機関名 利用時期: 年 月～)					
	3. 身体障がい者手帳や療育手帳はお持ちですか 無・有 (種類/等級:)					
	入所児童の発達や健康面で気がかりなこと、集団生活を送る上での注意事項など、施設側に伝えておきたいことがあれば、ご記入ください。					