

# 児 童 の 健 康 等 確 認 票

児童氏名	
住 所	嵐山町

提出時の保育状況	1. 自宅で保育している（週 日） 母・父・祖父母・友人・その他（ ）
	2. 預けている （週 日） 年 月 日より
	祖父母・親類・友人・同伴就労・その他（ ）
	保育施設等（保育所・家庭保育室・職場の保育室・その他_____） 名称：_____
児童の健康状態	1. 発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか？
	無 ・ 有（病院および施設の名称：_____）
	（病名等：_____）
	2. 「身体障害者手帳」または「みどりの手帳（療育手帳）」をお持ちですか？
	無・有（身体障害者手帳： 級）
無・有（療育手帳： ①・A・B・C ）	
3. アトピーやアレルギー等がありますか。	
無 ・ 有（名称：_____）	
（症状・除食等：_____）	