



# 申込補助票

【重要】記載内容に不足または不備があり、施設の受入態勢に影響を及ぼす場合は、内定（入所や利用等）が取り消される場合があります。

児童名	フリガナ		第 子	男・女・非選択	担当者記入欄		
	( 年 月 日生)				来庁者：児童・父・母・その他 ( )	ならし保育伝達	済・未
現在の保育状況	家庭保育（主な保育者 ( ) 他の保育施設 ( ) その他 ( )			集団生活の経験 有・無	認可保育所（園） 認定こども園 地域型保育施設 幼稚園 認可外	※利用施設名( ) 日数( )	
出生時体重	g	現在の体重	g k g	かかりつけ医			
体 質	ひきつけをおこしたこと		ない	ある( 回/直近 歳 ヶ月ころ)	(服薬 有・無 )		
	アレルギー体質ですか		・食物アレルギー( 卵 牛乳 その他 ( ))				
	検査 (未・済)		いいえ	はい	・アトピー性皮膚炎 ・喘息 ・アレルギー性鼻炎		
	現在の栄養法		母乳 ・ 粉ミルク ・ 離乳食 (前期・中期・後期 )		・ 幼児食 ・ 普通食		
その他		( )					
運 動	首のすわり		ヶ月ころ				
	最初に歩いたころ		歳		ヶ月ころ		
	手足の運動で気にかかるところ		ない	ある ( )			
眼 耳 言語・理解 (月齢相応)	眼は		よく見える	あまり見えない	(症状や受診状況 )		
	耳は		よく聞こえる	あまり聞こえない	(症状や受診状況 )		
	0歳児記入不要	まわりの話が		よくわかる	あまりわからない	(症状や受診状況 )	
		話すことが		できる	できない (簡単な言葉しか話さない 全く話さない)		
		一つの言い付けに従って行動が		できる	できない		
絵本を見て絵が		わかる	わからない				
障害者手帳の有無		無	有	・身体 (等級 級) (部位 )	・療育 (等級 級) (症状 )		
				・精神 (等級 級) (症状 )			
○乳幼児健診について							
・最近受けた乳幼児健診		歳	ヶ月健診を	受けた	受けていない		
・1歳6ヶ月健診を				受けた	受けていない		
・3歳6ヶ月健診を				受けた	受けていない		
・何か言われたことがありますか		ない	ある ( )				
○発達が遅いと感じるがありますか		ない	ある ( )				
○日常生活で心配なことがありますか		ない	ある ( )				
○集団生活で心配なことがありますか		ない	ある ( )				
○日常生活で特に介助が必要なことがありますか		ない	ある ( )				
○入院したことはありますか		ない	ある	(直近 歳 ヶ月ころ )	(病名 )		
○現在治療中の病気がありますか		ない	ある	(病名 )			
(薬：塗布薬 ( 回/日 (朝・昼・夕)) 服薬 ( 回/日 (朝・昼・夕))							

補助票に記入された内容については、お子様の保育の円滑な実施のため、入所した保育施設(園)へ情報提供いたします。また、お子様の健康増進(健康診査・予防接種・乳幼児健診等)のために、佐賀市及び佐賀県の保健担当課が情報を利用していただくことがあります。