

柏駅前送迎保育ステーション利用に関する健康状況申告書

柏市長 宛て

本申告書に記載した内容及び柏市が保有する児童の在籍状況、心身の状況等の情報について、送迎保育ステーション事業を実施する上で必要な範囲において、柏市が当該情報を利用し、又はあなたが利用を希望する特定教育・保育施設に提供します。

上記について同意の上、次のとおり、児童の健康状況を申告します。

フリガナ	性別	生年月日
児童氏名	男・女	平成・令和 年 月 日
フリガナ	続柄	電話番号
記入者氏名		

お子さんの安全な保育・送迎のために、以下の設問への記入をお願いいたします。

①風邪以外で、年1回以上、病院等に通院（定期通院を含む。）をし、治療又は薬を処方されていますか。（有の場合、診断名もご記入ください。）	無・有（診断名→）
②発育・発達等で気になることはありますか。	無・有
③定期的に言語や行動の指導、リハビリ等を受けたり、療育（児童発達支援）施設に通っていますか。また過去に通っていましたか。（有の場合、施設名もご記入ください。）	無・有（施設名→）

バスでの移動中、車内のシートに座ることができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自分でリュックサック等の荷物を持ち、歩けますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
車酔い（乗り物酔い）をしやすいですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
名前を呼ばれたら返事をしますか（呼ばれたことがわかり反応する）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
危険な行為を、大人の表情や言葉かけでやめることができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他バス乗車の際に気がかりなことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（）

アレルギー疾患と診断されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒「はい」の場合は以下も記入
アレルゲン物質	（）
はじめて発症した時期	（）歳（）ヶ月頃
症状	（）
アナフィラキシーの既往有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
医師の診断の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
アドレナリン自己注射薬（エピペン）の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
現在の服薬状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 朝・ <input type="checkbox"/> 昼・ <input type="checkbox"/> 晩）
緊急時内服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
除去食の実施 （※ありの場合は後日「生活管理指導表」の提出が必要となります。）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（除去食品名）
アレルギー疾患に係る緊急時連絡医療機関 ※該当ある場合のみ	医療機関名（） 電話番号（）

けいれんやひきつけの経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒「はい」の場合は以下も記入
はじめて発症した時期	（）歳（）ヶ月頃
発症した際の発熱の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（℃）
最近症状が起こった時期	（）歳（）ヶ月頃
現在の服薬状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 朝・ <input type="checkbox"/> 昼・ <input type="checkbox"/> 晩）
有熱時の坐薬または服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬品名）
これまで症状が起こった回数	（）回
脳波の検査の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
けいれん・ひきつけに係る緊急時連絡医療機関 ※該当ある場合のみ	医療機関名（） 電話番号（）

（事務処理欄）

バス利用開始可能時期	特記事項
------------	------