

入園に向けての相談・支援資料

令和9年度（2027年度）入園希望

記載年月日 令和8年（2026年） 月 日

記載者 ()

ふりがな			性別	男・女	生年月日	令和 年(20 年) 月 日生
本人名						
住所	〒 (自宅)					
児童と同居している方	続柄	勤務先名・学校名・園名など	保護者の就労状況			
			就労中	求職中	育休中	就労予定なし その他
			就労中	求職中	育休中	就労予定なし その他
本人の状況	本人の状況で主に気になること					
	診断名	(病院名 年 月 診断)				
	手帳の種類 (○で囲む)	身体障害者手帳 種別() 級 ・ 申請中				
		療育手帳 A ・ B1 ・ B2 ・ 申請中		その他の手帳()		
現在の利用施設等	(あてはまる項目に○をつけ、必要事項ご記入ください)					
アレルギー	無 ・ 有	原因・症状() 除去が必要な食品()				
摂食の問題	無 ・ 有	どのような問題か				
視覚障害	無 ・ 有	【裸眼視力:右 左】	眼鏡【無 ・ 有】			
		【矯正視力:右 左】	【弱視 ・ 遠視 ・ 近視 ・ 乱視 ・ 斜視】			
聴覚障害	無 ・ 有	【右 dB ・ 左 dB】	補聴器【無 ・ 有】			
服薬	無 ・ 有	薬の名前()		服薬回数 回 朝 昼 晩		
医療的ケア	無 ・ 有	どのようなケアが必要か				
現在の入園先意向 (番号に○をしてください)	1. 申し込み希望(保育園・保育所・こども園・幼稚園など) (1号申し込みは、公立こども園のみ)					
	【希望園】 ① ② ③ ④ ⑤					
	2. 児童発達支援センターと進路を迷っている					
	3. その他()					