

# 入園に向けての相談・支援資料

令和8年度（2026年度）入園希望

記載年月日 令和7年（2025年） 月 日

記載者 ( )

ふりがな			性別	男・女	生年月日	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)								
	1. 児童発達支援センター(単独通所「あゆみ」・個別療育「カラフル」・親子通所「くるみ」・療育相談「つぼみ」・専門リハビリテーション「しいのみ」)								
	2. 民間療育(療育施設名: )		頻度: 週 回数 程度 個別療育・小集団療育)						
	3. 他市こども園・保育園等(施設名 )		4. プレ保育、一時保育等 (施設名 )						
	5. 地域支援センター								
	6. 病院 ( )								
	7. その他( )								
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( )								