

児童個別連絡票

令和 年 月 日

保護者名

フリガナ		男	女	生年月日	年齢 (令和7年4月1日現在)	
児童名				H・R	年	月

提出日時点での状況を記入してください。

【食物アレルギー】	なし	・	あり
《ありの場合》	※希望施設が医師の指示に基づく食物アレルギー対応食を提供できるかどうかについては、事前に確認をしてください。(公立園は幼児教育課に、私立園は各園に問い合わせください。)		
(1) 除去している食材名	()		
(2) アナフィラキシー	なし	・	あり
【その他のアレルギー】	なし	・	あり ()
《ありの場合》	アナフィラキシー	なし	・ あり

【これまでにかかった大きな病気等と現在の様子】	なし	・	あり
《ありの場合》	()		
(1) 病名・診断名	()		
(2) 日常生活で気をつけること	()		
	なし	・	あり ()
(3) 運動制限	なし	・	あり ()

【発達状況についての心配】	なし	・	あり
《ありの場合》	(あてはまるものすべてに○をつけてください。)		
・言葉がおそい	・言葉が不明瞭	・落ち着きがない	
・初めてのことや場所が苦手	・こだわりがある		
その他 ※具体的に	[]		
(1) 現在利用(通所)している療育(発達支援)施設	なし	・	あり
《ありの場合》	・施設名 ()		
	・いつから利用しているか	年	月 から
(2) 現在通院している医療機関	なし	・	あり
《ありの場合》	・医療機関名 ()		
	・主治医 ()		

《身障手帳・療育手帳の交付を受けていれば、記入してください。》			
・身体障害者手帳	記号番号		級
	☐ 申請中	(申請日: 令和 年 月 日)	
・療育手帳	記号番号		判定
	☐ 申請中	(申請日: 令和 年 月 日)	
・精神障害者保健福祉手帳	記号番号		級
	☐ 申請中	(申請日: 令和 年 月 日)	
・特別児童扶養手当	☐ 認定中		級
	☐ 申請中	(申請日: 令和 年 月 日)	

この連絡票は、施設利用申込書とともに、後日の面談のための基礎資料として提出をお願いするものであり、その目的以外に使用することはありません。できるだけ具体的に記入漏れのないようにご記入ください。