

# 確 認 票

- 申込児童が3人以上の場合はコピーをしてお使いください。  
 ○あてはまる項目に☑チェックをして（ ）に漏れのないように記入してください。  
 ○必ず裏面も確認してください。

確認票、児童の健康状況等の内容について、虚偽が判明した場合には、内定の取消又は退所になることに同意します。また、保育園の利用申込の際に記載した内容について、利用申込みをした保育園・認定こども園・地域型保育施設・区の関係施設へ通知することに同意します。

署 名 日	年 月 日	保 護 者 氏 名
-------	-------	-----------

ふりがな	ふりがな
申込児童①	申込児童②
生年月日	生年月日

<p>＜現在の保育状況＞</p> <input type="checkbox"/> 自宅で保育（母・父・祖父母・その他（ ）） <input type="checkbox"/> 職場同伴 <input type="checkbox"/> 区内の認可保育施設に預託 （認可保育園・認定こども園・地域型保育施設に預託） <input type="checkbox"/> 区外の認可保育施設に預託 （認可保育園・認定こども園・地域型保育施設に預託） <input type="checkbox"/> 認可外施設等に預託（預け先： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	<p>＜現在の保育状況＞</p> <input type="checkbox"/> 自宅で保育（母・父・祖父母・その他（ ）） <input type="checkbox"/> 職場同伴 <input type="checkbox"/> 区内の認可保育施設に預託 （認可保育園・認定こども園・地域型保育施設に預託） <input type="checkbox"/> 区外の認可保育施設に預託 （認可保育園・認定こども園・地域型保育施設に預託） <input type="checkbox"/> 認可外施設等に預託（預け先： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
--	--

＜きょうだいで申込みをする方は以下①と②をご記入ください（ひとりのみの申込みの場合は記入不要です。）＞

### ①きょうだい全員に内定が出たとき

<input type="checkbox"/> きょうだいで同じ園でなければ入所しない <input type="checkbox"/> きょうだいで別々の園になっても入所する <b>↳</b> 「別々の園になっても入所する」にチェックした場合は、次もチェックしてください <input type="checkbox"/> (★1) 希望順位が低くても、きょうだいで同じ園に入所することを優先して内定を出してほしい <input type="checkbox"/> (★2) 同じ園にならなくてもいいので、あくまでも保育園の希望順位を優先してほしい	<input type="checkbox"/> きょうだいで同じ園でなければ入所しない <input type="checkbox"/> きょうだいで別々の園になっても入所する <b>↳</b> 「別々の園になっても入所する」にチェックした場合は、次もチェックしてください <input type="checkbox"/> (★1) 希望順位が低くても、きょうだいで同じ園に入所することを優先して内定を出してほしい <input type="checkbox"/> (★2) 同じ園にならなくてもいいので、あくまでも保育園の希望順位を優先してほしい
---	---

(例) 上の子が第2希望と第5希望の保育園に入所でき、下の子が第4希望と第5希望の保育園に入所できるとき…  
 (★1) にチェックすると、「第5希望で一緒の保育園に入所」で内定となり、(★2) にチェックすると、「第2希望と第4希望の保育園にそれぞれ入所」で内定となります。

### ②きょうだい全員に内定はでなかったが、ひとりだけ入所できるとき

<input type="checkbox"/> きょうだいで一緒に入所できる時しか入所しない <input type="checkbox"/> ひとりだけでも入所する （入所優先児童： ） <b>➔</b> 入所できなかった児童の待機場所（保育予定先） （ ）	<input type="checkbox"/> きょうだいで一緒に入所できる時しか入所しない <input type="checkbox"/> ひとりだけでも入所する （入所優先児童： ） <b>➔</b> 入所できなかった児童の待機場所（保育予定先） （ ）
---	---

※ひとりだけ入所した場合も、育休中の場合は復職、求職中の場合は3か月以内の就労開始が必要となります。

別途、母子手帳のコピー（直近に受けた健康診査のページのみ。A4サイズ）をご提出ください。

## 申込児童の健康状況等について

お子さんの状況によっては、区指定の「発達のように」、または、医師記載の「意見書（診断書）」を提出していただくことがあります。

◆該当するものに☑及び○印をお願いします。

児 童	① 生年月日 年 月 日			② 生年月日 年 月 日		
	氏名			氏名		
発 達 の 様 子	出生体重 g	妊娠期間 週	出生体重 g	妊娠期間 週	首のすわり ( か月)・未	寝返り ( か月)・未
	お座り ( か月)・未	はいはい ( か月)・未	お座り ( か月)・未	はいはい ( か月)・未	つかまり立ち ( か月)・未	歩き始め ( か月)・未
	つかまり立ち ( か月)・未	歩き始め ( か月)・未	つかまり立ち ( か月)・未	歩き始め ( か月)・未	「ママ」「ブーブー」等単語の話しはじめ ( か月)・未	「ママ」「ブーブー」等単語の話しはじめ ( か月)・未
	「ママ」「ブーブー」等単語の話しはじめ ( か月)・未	呼ばれると振り向きませんか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	呼ばれると振り向きませんか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	呼ばれると振り向きませんか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	視線が合いますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	視線が合いますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	視線が合いますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明	アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明	アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明	喘息 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	喘息 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
病 歴 等	熱性けいれん (ひきつけ) 「ある」場合は※印記入	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※最後 年 月 ※これまでに 回	熱性けいれん (ひきつけ) 「ある」場合は※印記入	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※最後 年 月 ※これまでに 回	治療中・経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	治療中・経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	治療中・経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	病名 ( )	治療中・経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	病名 ( )	食物アレルギー <input type="checkbox"/> ある⇒制限する食品に○ <input type="checkbox"/> ない	食物アレルギー <input type="checkbox"/> ある⇒制限する食品に○ <input type="checkbox"/> ない
	食物アレルギー <input type="checkbox"/> ある⇒制限する食品に○ <input type="checkbox"/> ない	卵・乳・小麦・大豆・そば・その他 ( )	食物アレルギー <input type="checkbox"/> ある⇒制限する食品に○ <input type="checkbox"/> ない	卵・乳・小麦・大豆・そば・その他 ( )	常用薬の使用 <input type="checkbox"/> ある⇒下記に薬名を記入 <input type="checkbox"/> ない	常用薬の使用 <input type="checkbox"/> ある⇒下記に薬名を記入 <input type="checkbox"/> ない
常 用 薬 の 使 用	<input type="checkbox"/> ある⇒下記に薬名を記入 <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある⇒下記に薬名を記入 <input type="checkbox"/> ない		薬名 ( )	薬名 ( )
健 康 診 査	3～4か月健診	健康・指摘あり・未受診	3～4か月健診	健康・指摘あり・未受診	6～7か月健診	健康・指摘あり・未受診
	6～7か月健診	健康・指摘あり・未受診	6～7か月健診	健康・指摘あり・未受診	9～10か月健診	健康・指摘あり・未受診
	9～10か月健診	健康・指摘あり・未受診	9～10か月健診	健康・指摘あり・未受診	1歳6か月健診	健康・指摘あり・未受診
	1歳6か月健診	健康・指摘あり・未受診	1歳6か月健診	健康・指摘あり・未受診	3歳児健診	健康・指摘あり・未受診
	3歳児健診	健康・指摘あり・未受診	3歳児健診	健康・指摘あり・未受診	相談内容や担当者から言われたこと等があれば下記へ	
	相談内容や担当者から言われたこと等があれば下記へ		相談内容や担当者から言われたこと等があれば下記へ		ことばや発達について相談している病院・施設は？ <input type="checkbox"/> ある⇒病名・症状等 ( ) <input type="checkbox"/> ない	
ことばや発達について相談している病院・施設は？ <input type="checkbox"/> ある⇒病名・症状等 ( ) <input type="checkbox"/> ない		ことばや発達について相談している病院・施設は？ <input type="checkbox"/> ある⇒病名・症状等 ( ) <input type="checkbox"/> ない		病院・施設名：子ども家庭支援センター・心身障害児総合医療療育センター・健康福祉センター・教育支援センター・子ども発達支援センター・その他 ( )		
病院・施設名：子ども家庭支援センター・心身障害児総合医療療育センター・健康福祉センター・教育支援センター・子ども発達支援センター・その他 ( )		病院・施設名：子ども家庭支援センター・心身障害児総合医療療育センター・健康福祉センター・教育支援センター・子ども発達支援センター・その他 ( )		身体障害者手帳・愛の手帳の有無 ※コピーをご提出ください。 <input type="checkbox"/> ある ( 級・度) <input type="checkbox"/> ない		
身体障害者手帳・愛の手帳の有無 ※コピーをご提出ください。 <input type="checkbox"/> ある ( 級・度) <input type="checkbox"/> ない		身体障害者手帳・愛の手帳の有無 ※コピーをご提出ください。 <input type="checkbox"/> ある ( 級・度) <input type="checkbox"/> ない		▼保育園入園にあたり、健康上または身体の発達、ことばの発達など気になることがありましたらご記入ください。		
▼保育園入園にあたり、健康上または身体の発達、ことばの発達など気になることがありましたらご記入ください。		▼保育園入園にあたり、健康上または身体の発達、ことばの発達など気になることがありましたらご記入ください。		▼2歳から5歳までのお子さんについてお答えください。		
▼2歳から5歳までのお子さんについてお答えください。		▼2歳から5歳までのお子さんについてお答えください。		新しい環境・傾向に物おじをする <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
新しい環境・傾向に物おじをする <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		新しい環境・傾向に物おじをする <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		大声・喚き声をあげることがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
大声・喚き声をあげることがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		大声・喚き声をあげることがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		一か所にじっとしてられないことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
一か所にじっとしてられないことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		一か所にじっとしてられないことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		二語文が話せない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
二語文が話せない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		二語文が話せない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		大人のまねをしない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
大人のまねをしない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		大人のまねをしない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		他の子どもと問題なく遊べる <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
他の子どもと問題なく遊べる <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		他の子どもと問題なく遊べる <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				