

保 育 所 等 転 園 申 込 書

令和 年 月 日

(あて先) 印西市長

住 所 印西市

保護者氏名

電 話 番 号

保育所等の転園を次のとおり申し込みます。

児童氏名	生年月日	現在利用している保育所等		
	R 年 月 日			
転園申込みに必要な下記の書類をすべて添付していますか。				
☐ 保育を必要とする事由を確認するための書類（父・母・同居人・ ） ☐ 申込児童の健康状況調書				
利用希望 保育所等	コード	施設名	コード	施設名
	①		②	
	③		④	
	⑤		⑥	
利用希望月	令和 年 月 ※転園申込みの有効期限は転園希望月の属する年度末（3月転園）までです。翌年度（4月以降）の転園を引き続き希望する場合は再度申込みが必要となりますので、ご注意ください。			
確認事項				チェック
転園希望先へ内定した場合は、いかなる理由があっても転園を辞退して元の園に戻ることはできません。				☐

【該当する方のみ記入】兄弟姉妹で同時に転園の申込みをする、兄弟姉妹がすでに入園・転園申込み中である場合、下記の各項目について、いずれかの□にチェックし、該当箇所に記入してください。

兄弟姉妹の組み合わせ	1. 同時期同園のみ	☐ 同じ時期に同じ園のみ入園を希望する
	2. 同時期別園	☐ 別々の園でも良いが、同じ時期でないと入園しない
	3. 別時期同園のみ	☐ 別時期でも良いので同じ園のみ入園を希望する
	4. 同時期別園	☐ 別時期でも別々の園でも入園する
2. 同時期別園の場合内定園の条件	同園優先	☐ 希望順位が低い園でも、全員が同じ園に入園できることを優先する
	順位優先	☐ 希望順位が高い園に入園することを優先する（別々の園でも入園する）
3. 別時期同園の場合兄弟姉妹の優先について	優先児童あり	☐ 優先児童が入園できない場合は入園しない（優先児童名： ）
	優先児童なし	☐ 一人でも入園できる児童から入園する
4. 別時期別園の場合入園できなかった兄弟姉妹の以降の利用調整について	同園優先	☐ 希望順位が低い園でも、全員が同じ園に入園できることを優先する
	順位優先	☐ 希望順位が高い園に入園することを優先する（別々の園でも入園する）
	優先児童あり	☐ 優先児童が入園できない場合は入園しない（優先児童名： ）
	優先児童なし	☐ 一人でも入園できる児童から入園する
	同園のみ	☐ 入園できなかった児童は、兄弟姉妹と同じ園のみ空き待ちする
	別園可	☐ 入園できなかった児童は、別園でもよいので空き待ちをする

申込児童の 健康状況調書

ふりがな 児童氏名	生年月日	性別
()	令和 年 月 日 (歳 か月)	男・女

該当する□に✓をつけ、()の中は、記入または○で囲んでください。いただいた情報はお子様を安全にお預かりするために活用します。正確に記入してください。

妊娠～出生の経過	・在胎週数 (週 日) ・出生予定日 (令和 年 月 日) ・妊娠経過 □正常 □異常 (妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・その他) ・出生時体重 (g) ・出生時身長 (cm) ・出生時異常 □正常 □異常 (仮死, 酸素 日, 保育器 日, 強い黄疸)
既往・現病歴 ・③のお薬について、入園前の面接時に詳細をうかがうことがあります。 ・アレルギーについては次ページ記載	①今までに大きな病気やけが、入院はありますか □無 □有 (歳 か月頃) □心臓病 () □腎臓病 () □その他の病気 () □大きなけが () ・入院歴: □無 □有 (期間: 年 月 ~ 年 月) ・治療内容 () ・現在も治療、経過観察中ですか □はい □いいえ ②その他、定期的に受診している病気はありますか □はい □いいえ ・病名: (□ぜんそく □アトピー性皮膚炎 □その他) ③ 上記①、②の病気に対して、処方されている薬はありますか □はい □いいえ [薬品名・使用時間を記載] ④これらの治療や処置を受けたことがある、または現在も受けていますか □ 経管栄養 □ 酸素療法 □ 喀痰吸引 □ 血糖測定 □ インスリン注射 □ 導尿 □ その他 () ・実施期間 (歳 ~ 歳までで終了／継続中) ⑤主治医から集団保育に対しての注意点はありますか □無 □有 ()
けいれんやひきつけの経験	□無 □有 (最終発症: 歳 か月頃) ・診断名 (, □不明) ・頻度 (年に 回位 , 月に 回位) ・発症しやすい状況 (□熱が出たときに起きる □熱がなくても起きる □泣いた時) ・けいれん予防の薬の処方 (□無 □有: 薬品名)
体 質	□風邪をひきやすい □熱がしやすい □ゼイゼイしやすい □吐きやすい □便秘 () 日毎 □下痢・腹痛をおこしやすい □湿疹がしやすい □脱臼をおこしたことがある (部位:) □中耳炎になりやすい □その他 ()
視 力 ・ 聴 力	視力や聴力が気になり、受診したことはありますか □無 □有: (眼 ・ 耳) (受診時期: 歳 か月、結果:)
健康診査受診状況 ※直近で受けた健診結果(母子健康手帳の健診ページ)の写しを添付	・4 か月児相談 □済 □未 ・受診済みの健診 [□3～4か月児健診 □6～7か月児健診 □9～10か月児健診] [□1歳6か月児健診 □3歳児健診] ・5歳児相談 □済 □未 ・健診等での指摘 □無 □有 : 指摘事項を記入してください ()
発 達 面	・首すわり 歳 か月 ・あやすと笑う 歳 か月 ・寝返り 歳 か月 ・お座り 歳 か月 ・ハイハイ 歳 か月 ・つかまり立ち 歳 か月 ・一人で歩く 歳 か月 ・走る 歳 ・模倣 歳 か月 ・指さし 歳 か月 ・意味のある単語を話始めた時期(ワンワン・ブーブー等) 歳 か月頃 ・現在、どのくらい話せますか? □喃語 □単語 (語くらい) □2語文 □会話可

裏面あり

集 団 生 活 の 経 験	☐ 無 ☐ 有（ 保育園・ 幼稚園・一時預かり・児童発達支援・その他 ）		
発 達 の 状 況 （身体・知的・言語） や健康面等で気が かりな事、保育園に 伝えておきたい事	☐動き回って落ち着きがない ☐ささいなことでパニックになりやすい ☐こだわりが強い ☐家族や友達を叩いたり噛んだりする ☐言葉がおそい ☐家族や友達に関心が薄く、一人で遊ぶことが多い ☐名前を呼ばれても応答しない ☐視線が合いにくい ☐その他 具体的に⇒		
今までに健康面や 発達上のことで、 専門機関に相談し たことはありますか	☐ 有 ☐ これから相談予定 ☐ 無 ・「有」または「これから相談予定」に☑された方は、相談先を以下から選択してください ☐市の保健センター等 ☐子ども発達センター（印西市） ☐児童発達支援（療育）や相談支援事業所 ☐医療機関（病院名： ） ☐その他（ ） 具体的な相談内容をご記入ください ※保護者の方の同意を得たうえで、関係機関と情報共有をさせていただくことがあります ので、ご了承ください。個人情報の取り扱いには十分配慮いたします。		
手 帳 の 取 得 状 況	☐ 無 ☐ 有 ☐ 申請中（身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳）		
食 事 面 （現在の状況）	・現在、授乳中ですか ☐ はい（ ☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ ミルク：商品名 ） ☐ いいえ ・離乳食の開始（生後 か月から） ・一日の食事回数（ 回／日） ・どのような形態のものを食べていますか ☐裏ごし ☐舌でつぶせる固さ ☐歯ぐきでつぶせる固さ ☐歯ぐきで噛める固さ ☐大人の一部をきざむ ☐大人の一部を一口大にする ☐大人と同じ ・食べられない食品がありますか ☐ 無 ☐ 有（食品名： ） 理由：（ ☐ 治療上 ☐ 宗教上 ☐ その他： ） ・給食のことで園に希望する対応 ☐ 無 ☐ 有 ⇒有の場合、具体的に（ ）		
食 物 ア レ ル ギ ー ※アレルギーや症状 によって対応方法 が異なりますので、 希望園に対応方法 について確認して おいてください。	・食物アレルギーがありますか ☐ 無 ☐ 有 ・食物アレルギーで除去している食品はありますか ☐ 無 ☐ 有 ☐鶏卵 ☐牛乳・乳製品 ☐小麦 ☐エビ ☐カニ ☐ピーナッツ ☐そば ☐くるみ ☐その他（ ） ・医師による診断をうけていますか ☐ はい（最終受診日： ） ☐ いいえ ・アナフィラキシーショック※1の経験はありますか ☐ 無 ☐ 有 ⇒有の場合 回数（ 回） 症状： ☐ せきこみ ☐ 呼吸困難 ☐ 意識もうろう ☐ 腹痛 ☐ おう吐 ☐ その他（ ） ※1）アナフィラキシーショックとは、原因食物を食べた後で、じんましんなどの皮膚症状の 他、せきこみ、呼吸困難、意識障害などの生命危機で一刻も早く治療せねばならない 重篤な状態です。 ・処方されている薬はありますか ☐ はい ☐ いいえ ⇒有の場合 ☐ 抗ヒスタミン薬・ステロイド薬（内服薬） 薬品名を記載（ ） ☐アドレナリン自己注射（エピペン） ☐その他（ ）		
ア レ ル ギ ー （食 物 以 外）	☐ 無 ☐ 有（アレルギー： ） ・園に希望する対応の有無 ☐ 無 ☐ 有 ⇒有の場合、具体的に（ ）		
記 入 者	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他（ ）	記 入 日	令和 年 月 日