

申込児童に関する意見書

下記児童が認可保育園・地域型保育施設（以下保育施設）の申込みをするために、ご意見をお聞かせください。

この意見書は加配の判断をするものではありません。保育施設の入所判定時に児童の状態を把握するために使用します。また、保育施設は療育施設等とは異なり集団生活となるため、生活をする上で配慮が必要かどうかについてもご意見をお聞かせください。（障害の程度や状態によってはお預かりできない場合があります。）

立川市長 殿

下記内容は、本児が保育施設を利用することとなる場合、その利用先の保育施設に対し情報提供いたします。

児童氏名 _____ 性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名・障害名・状態像 _____

障害等の程度 身体：☐なし ☐軽度～中度 ☐中度～重度 ☐その他（ _____ ）

精神：☐なし ☐軽度～中度 ☐中度～重度 ☐その他（ _____ ）

感覚異常：☐なし ☐あり

コミュニケーション：☐年齢相応である ☐年齢相応でない（具体的に _____ ）

言葉の遅れ：☐なし ☐あり（具体的に _____ ）

1. 症状及び経過（今後の見通しなど）について

2. 本児が集団生活をするることについて ※保育施設では原則、医療行為や投薬を行うことができません。

☐保育施設での集団生活にあたり特段の配慮は不要。 ☐集団生活にあたり配慮が必要。

☐集団生活には相当の配慮が必要。 ☐現時点では集団生活は困難。

＊本児が集団生活を送るうえで必要な配慮とその程度についてお答えください。

① 食事についての制限や配慮

:

不要

/

必要

/

必須

② 排泄についての配慮

:

不要

/

必要

/

必須

③ 睡眠についての配慮

:

不要

/

必要

/

必須

④ 運動についての制限や配慮

:

不要

/

必要

/

必須

⑤ 屋外運動についての制限や配慮

:

不要

/

必要

/

必須

○をつけてください
年齢（月齢）によらない
もの（今後就学期までに
予想されるもの）を記入
してください

① ～ ⑤ についての具体的な内容、またはその他配慮が必要な項目があればご記入ください。

3. 緊急時の対応等その他の留意事項があればご記入ください。

令和

年

月

日

医療機関名

電

話

※必ず担当医師が記入してください。

担当医師名