|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 住所  電話 | （〒　　　　　　　）  ＴＥＬ　　　　（　　　　　） |
| 保護者  氏名 |  |

※お子様のことについて記載してください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | 生年月日 |
| 児童氏名 |  | |  | H　　 年　　 月　 　日　( 　　　歳)  **※（年齢は令和４年４月２日現在）** |
| 手帳  受給者証 | 療育手帳（　・　Ａ１　・　Ａ２　・　Ｂ１　・　Ｂ２　・　無　）  精神保健福祉手帳（　有　・　無　）　　　身体障害者手帳（　　　　　級　）  受給者証（児童通所支援）（　有　・　無　）　　　　　　　　　※該当箇所に○印をお願いします。 | | | |
| 健康  薬 | てんかん発作（　有　・　無　）　　　　　熱性けいれん　（　有　・　無　）  慢性的疾患　（　有　・　無　）（診断名 ）  服薬中の薬　（　有　・　無　）（薬　名 ）  ※該当箇所に○印をお願いします。 | | | |
| 生活  （該当する物に○をしてください。） | 食事 | 箸・練習箸・スプーン・フォーク・自助食器・コップ・ストロー付きマグ  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 排泄 | 布パンツ・トレーニングパンツ・おむつ  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 運動  遊び | 走る・歩く・階段を（1人で・手を繋いで）昇降できる・その他（　　　　　　　）  好きな遊び（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 診断名等 | 診断名 | | | 診断された医療機関名 |
|  | | |  |
|  | | |  |
| かかりつけ医 | 病院等名称 | | | 住所  ＴＥＬ |
| 他利用状況 | ※保育園、幼稚園、他福祉サービス等の利用があれば種類と施設名お書きください。  （例）（種類：児童発達支援事業　施設名：幕張キッズなど | | | |
| 肢体不自由児ｸﾗｽ | ※肢体不自由児クラス希望の方はご記入ください。詳細は契約時に確認いたします。  医療的支援の有・無（具体的内容：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| その他 | 気になる事、施設に伝えたいことがございましたらご記入ください。 | | | |

返信先：①千葉市花見川区幕張町5-417—222幕張グリーンハイツ120号　幕張キッズ　宛て

　　　　②メールアドレス　[makuhari-kids@swc-aisei.or.jp](mailto:makuhari-kids@swc-aisei.or.jp)※返信は①②のいずれかでお願いいたします。

お問い合わせ、送信先の担当者：社会福祉法人愛誠会　上村　徹（かみむら）　電話番号：０４３－２３９－５１７７

※ご提供いただいた個人情報は、入園申請、児童登録以外の目的では使用いたしません。

※12月1日受付開始、12月24日までに入園決定のご連絡をいたします。