



4 日常生活において制限や留意が必要な疾病・障がい等がありますか (表面項目を除く)	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(具体的な内容: _____)
5 保育時間中に医療行為が必要ですか	
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(具体的な内容: _____)
6 食物アレルギーはありますか	
<input type="checkbox"/> なし	
<input checked="" type="checkbox"/> あり	原因食物についてお答えください
	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他: _____
	学童保育クラブにおける食物アレルギーの対応を希望しますか
	<b>※町田市の学童保育クラブでは、そば・落花生・非加熱の鶏卵の使用を禁止しています</b>
	<input type="checkbox"/> 希望する                      ※事前に書類の提出と面談が必要です。学童保育クラブから連絡が入ります。 <input type="checkbox"/> 希望しない                      ※理由を必ず下記にご記入ください。
<p>【理由】</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>【記載例】 卵アレルギーがあるが、加熱してあれば食べられる。そばアレルギーがあるが、学童保育クラブでの使用は禁止されているので、対応を必要としない。</p> </div>	
その他 (食物アレルギー等について相談したいこと等がありましたらご記入ください)	