

記入日 年 月

お子様の状況について

名前 男・女

年 月 日生 (才 ヶ月) 申込日時点

1. お子様の状況について、お聞かせください。* 下記の該当する項目に ×でお答えください。

発達の経過	音に反応しますか		「～持ってきて」等、簡単な指示を理解して行動しますか	
	人の顔をじっと見ますか		おしっこがひとりでできますか	
	首がすわりましたか		靴や衣服を自分で着脱できますか	
	支えなくても一人で座っていられますか		自分の名前を言えますか	
	名前を呼ぶと振り向きますか		簡単なきまりや約束がわかりますか	
	自分で食べようとしますか		あいさつ・返事等、生活や遊びに必要なことばを使えますか	
	ひとり歩きをしますか		危険なものや危ない場所がわかり気をつけて遊べますか	
	アーアー、ウーウー、マンマ等の単語を話しますか		同年代の子とかかわって遊べますか	

2. 健康面、発達面についてお聞かせください。

* 該当するところに をつけてください。また、あり・経過観察中については、具体的に記入してください。

健診	1 か月児	異常なし	あり・経過観察中()
	3・4 か月児	異常なし	あり・経過観察中()
	6・7 か月児	異常なし	あり・経過観察中()
	9・10 か月児	異常なし	あり・経過観察中()
	1 歳6 か月児	異常なし	あり・経過観察中()
	3 歳児	異常なし	あり・経過観察中()

* 接種したものに をつけてください。

予防接種	・BCG	・MR(麻疹 風疹)	・水痘	・B型肝炎	・おたふくかぜ	・全く接種していない
------	------	------------	-----	-------	---------	------------

定期的に病院に通っていますか	通っている 通ったことがある 通っていない	病名 医療機関名 通院頻度 通院期間 年 月 日～ 年 月 日
今まで薬を定期的に飲んだことがありますか	ある・ない	病名 期間 年 月 日～ 年 月 日
入院、手術をしたことがありますか	ある・ない	病名 手術(あり・なし) 医療機関名 期間 年 月 日～ 年 月 日
アレルギーがありますか	ある・ない	喘息・食物()・アナフィラキシー() 花粉・アトピー・その他(名称)
療育機関又は相談機関に通っていますか	通っている 通ったことがある 通っていない	名称(みつばち園・にじの子) その他()
愛の手帳又は身体障害者手帳を持っていますか	持っている 持っていない	愛の手帳 度 身体障害者手帳 級 (手続き中・申請を考えている)

3. 保育施設にこれだけは伝えておきたいことがありますか (ある・ない) * ある方は下記にご記入ください。

福祉事務所 特記事項記入(あり・なし)	お子さんの同伴		担当者
	あり	なし	受付日 月 日

記入日 年 月

お子様の状況について

名前 男・女

年 月 日生 (才 ヶ月) 申込日時点

1. お子様の状況について、お聞かせください。* 下記の該当する項目に ×でお答えください。

発達の経過	音に反応しますか		「～持ってきて」等、簡単な指示を理解して行動しますか	
	人の顔をじっと見ますか		おしっこがひとりでできますか	
	首がすわりましたか		靴や衣服を自分で着脱できますか	
	支えなくても一人で座っていられますか		自分の名前を言えますか	
	名前を呼ぶと振り向きますか		簡単なきまりや約束がわかりますか	
	自分で食べようとしますか		あいさつ・返事等、生活や遊びに必要なことばを使えますか	
	ひとり歩きをしますか		危険なものや危ない場所がわかり気をつけて遊べますか	
	アーアー、ウーウー、マンマ等の単語を話しますか		同年代の子とかかわって遊べますか	

2. 健康面、発達面についてお聞かせください。

* 該当するところに をつけてください。また、あり・経過観察中については、具体的に記入してください。

健診	1 か月児	異常なし	あり・経過観察中()
	3・4 か月児	異常なし	あり・経過観察中()
	6・7 か月児	異常なし	あり・経過観察中()
	9・10 か月児	異常なし	あり・経過観察中()
	1 歳6 か月児	異常なし	あり・経過観察中()
	3 歳児	異常なし	あり・経過観察中()

* 接種したものに をつけてください。

予防接種	・BCG	・MR(麻疹 風疹)	・水痘	・B型肝炎	・おたふくかぜ	・全く接種していない
------	------	------------	-----	-------	---------	------------

定期的に病院に通っていますか	通っている 通ったことがある 通っていない	病名 医療機関名 通院頻度 通院期間 年 月 日～ 年 月 日
今まで薬を定期的に飲んだことがありますか	ある・ない	病名 期間 年 月 日～ 年 月 日
入院、手術をしたことがありますか	ある・ない	病名 手術(あり・なし) 医療機関名 期間 年 月 日～ 年 月 日
アレルギーがありますか	ある・ない	喘息・食物()・アナフィラキシー() 花粉・アトピー・その他(名称)
療育機関又は相談機関に通っていますか	通っている 通ったことがある 通っていない	名称(みつばち園・にじの子) その他()
愛の手帳又は身体障害者手帳を持っていますか	持っている 持っていない	愛の手帳 度 身体障害者手帳 級 (手続き中・申請を考えている)

3. 保育施設にこれだけは伝えておきたいことがありますか (ある・ない) * ある方は下記にご記入ください。

福祉事務所 特記事項記入(あり・なし)	お子さんの同伴		担当者
	あり	なし	受付日 月 日