

お子様の状況について

歳クラス

記入日 年 月

申込児童名: 男・女

年 月 日生 (才 ヶ月) ※申込日時点

1. 予防接種の接種状況についてお聞かせください。 * 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
------	------	-----------	-----	-------	---------	------------

2. 発達の経過と健康診査の受診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	
	アーアー、ウーウー、マンマ等の単語を話しますか		簡単なきまりや約束がわかりますか	
	名前を呼ぶと振り向きますか		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	
	自分で食べようとしますか		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	
	ひとり歩きをしますか		同年代の子とかかわって遊べますか	

* 下記の該当するところに○をつけてください。また、「あり」「経過観察中」の場合は、具体的に内容をご記入ください。

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 ()

3. 健康面、発達面等についてお聞かせください。

* 下記の該当するところに○をつけてください。また、「いいえ」以外の場合は、具体的に内容をご記入ください。

定期的に病院に通っていますか	はい . 通ったことがある . いいえ	病名: 医療機関名: 通院頻度: 通院期間: 年 月 日～ 年 月 日 現在の状況:(治療中 . 完治している . 経過観察中) 入院歴(あり . なし) 手術歴(あり . なし) 入院期間: 年 月 日～ 年 月 日 ※上記病名の関係で、入園にあたり健康・発達等で気になることはありますか あり [] . なし
現在薬を定期的に飲んでいますか	はい . いいえ	病名: 薬の名称: 服用頻度: 服用期間: 年 月 日～ 年 月 日 (予定)
現在アレルギーがありますか	はい . いいえ	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	はい 通ったことがある 相談に行く予定がある いいえ	機関名称: みつばち園・にじの子・その他(名称) 通所頻度: 週 回程度 通所期間: 年 月 日～ 年 月 日 相談内容・指導内容()
愛の手帳又は身体障害者手帳を持っていますか	はい . いいえ	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)
小児慢性特定疾病受給者証を持っていますか	はい . いいえ	病名:

4. 保育施設に伝えておきたいことがありますか (ある . ない) ※「ある」方は下の欄に記入してください。

--

福祉事務所 特記事項記入(あり . なし)	お子様同伴		担当者	受付日
	あり	なし		月 日