

お子様の状況について

歳クラス

記入日	年 月 日		電子申請でお申込みをする場合は、写真（画像）又はPDFのファイル形式に変換し提出してください。			
児童氏名	生年月日		年 月 日	申込締切日 時点の月齢	歳 ヶ月	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生体重	g	出生時の 妊娠週数	週	出生時の状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
予防接種の 接種状況	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR（麻疹・風疹）		<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 全く接種していない
発達経過について						
音に反応しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		おしっこがひとりですみますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
人の顔をじっと見ますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		靴や衣服を自分で着脱できますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
首がすわったのはいつですか	（ ）か月頃 <input type="checkbox"/> まだ		自分の名前を言えますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
支えなくても一人で座れたのはいつですか	（ ）か月頃 <input type="checkbox"/> まだ		簡単なきまりや約束がわかりますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ア－ア－、ウ－ウ－、マンマ等の単語を話しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
名前を呼ぶと振り向きませんか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
自分で食べようとしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		同年代の子とかかわって遊べますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ひとり歩きをしたのはいつですか	（ 歳 ）か月頃 <input type="checkbox"/> まだ		お子様の発達で気になることはありますか（「はい」の場合は内容を記入してください。）		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「～持ってきて」等、簡単な指示を理解して行動しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		内容：			
健康 診査 の結果	1か月健診	3～4か月健診	6～7か月健診	9～10か月健診	1歳6か月健診	3歳児健診
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診
	要観察の場合は、内容をご記入ください。また、健康診査以外で相談したことがあれば内容と相談先をご記入ください。					
内容：						
定期的に病院に通っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 通ったことがある <input type="checkbox"/> いいえ		「いいえ」以外の場合は、下記の具体的な内容項目にお答えください。			
病名	医療 機関名		通院 頻度	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 回		
通院 期間	年 月 日 ~ 年 月 日		現在の 状況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中		
入院 期間	<input type="checkbox"/> あり（ 年 月 日 ~ 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし		手術歴	<input type="checkbox"/> あり（ 年 月 日 内容： ） <input type="checkbox"/> なし		
上記病名の関係で、健康・発達等で気になることや制限、注意されていることはありますか。 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「あり」の場合は、下記に内容をご記入ください。						
内容：						
現在薬を定期的に飲んでいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		「はい」の場合は、下記の具体的な内容項目にお答えください。			
薬名	服薬 頻度		<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩（ 1日 回 ）			
服薬 期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
現在アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		「はい」の場合は、下記の具体的な内容項目にお答えください。			
種類	<input type="checkbox"/> 食物（内容： ） <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他（内容： ）					
アナフィラキシーを起こしたことはありますか	<input type="checkbox"/> はい（内容： ） <input type="checkbox"/> いいえ					
宗教上の理由や病気等により、食事に配慮が必要ですか	<input type="checkbox"/> はい（内容： ） <input type="checkbox"/> いいえ					
療育機関又は相談機関 に通っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 通ったことがある		<input type="checkbox"/> 相談予定がある		<input type="checkbox"/> いいえ	
「いいえ」以外の場合は、下記の具体的な内容項目にお答えください。						
施設 名称	<input type="checkbox"/> みつばち園 <input type="checkbox"/> にじの子 <input type="checkbox"/> その他（名称： ）		通所 頻度	週 回程度		
通所 期間	年 月 日 ~ 年 月 日		指導 内容			
障害者手帳を持っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 申請検討中		<input type="checkbox"/> いいえ		「いいえ」以外の場合は、下記の手帳の種類にお答えください。	
種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 愛の手帳（ 度） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級）					
小児慢性特定疾病受給者証を持っていますか	<input type="checkbox"/> はい（病名： ） <input type="checkbox"/> いいえ					
保育施設に伝えておきたいことがある方は記入してください	内容：					
内容が事実と異なる場合、申込み、認定及び内定を取り消す場合があります。				墨田区 使用欄	お子様の同伴	あり・なし