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	男 ☐	女 ☐

出生体重	g	出生時の妊娠週数	週	出生時の状況	☐正常 ☐仮死 ☐保育器使用 ☐酸素使用 ☐その他（　）

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

発達の経過について

音に反応しますか		☐はい ☐いいえ	おしっこがひとりでできますか		☐はい ☐いいえ
人の顔をじっと見ますか		☐はい ☐いいえ	靴や衣服を自分で着脱できますか		☐はい ☐いいえ
首がすわったのはいつですか	（　）か月頃	☐まだ	自分の名前を言えますか		☐はい ☐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	☐まだ	簡単なきまりや約束がわかりますか		☐はい ☐いいえ
アーアー、ウーウー、マンマ等の単語を話しますか		☐はい ☐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		☐はい ☐いいえ
名前を呼ぶと振り向きますか		☐はい ☐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		☐はい ☐いいえ
自分で食べようとしますか		☐はい ☐いいえ	同年代の子とかかわって遊べますか		☐はい ☐いいえ
ひとり歩きをしたのはいつですか	（　歳　）か月頃	☐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。）		☐はい ☐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		☐はい ☐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
	☐健康 ☐要観察 ☐未受診	☐健康 ☐要観察 ☐未受診	☐健康 ☐要観察 ☐未受診	☐健康 ☐要観察 ☐未受診	☐健康 ☐要観察 ☐未受診	☐健康 ☐要観察 ☐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	☐はい ☐通ったことがある ☐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	☐月 ☐週　回
通院期間	年　月　日 ～　年　月　日	現在の状況	☐治療中 ☐完治 ☐経過観察中		
入院期間	☐あり（　年　月　日～　年　月　日）☐なし	手術歴	☐あり（　年　月　日内容：　）☐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。	☐あり ☐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	☐はい ☐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	☐朝 ☐昼 ☐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	☐はい ☐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	☐食物 （内容：　） ☐花粉 ☐アトピー ☐喘息 ☐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	☐はい （内容：　） ☐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	☐はい （内容：　） ☐いいえ

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 ☐相談予定がある ☐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	☐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	指導内容	

障害者手帳を持っていますか	☐はい ☐手続中 ☐申請検討中 ☐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	☐身体障害者手帳（　級） ☐愛の手帳（　度） ☐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	☐はい（病名：　） ☐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

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	男	女
							□	□

出生体重	g	出生時の妊娠週数	週	出生時の状況	□正常 □仮死 □保育器使用 □酸素使用 □その他（　）

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

発達の経過について

音に反応しますか	□はい □いいえ	おしっこがひとりでできますか	□はい □いいえ
人の顔をじっと見ますか	□はい □いいえ	靴や衣服を自分で着脱できますか	□はい □いいえ
首がすわったのはいつですか	（　）か月頃 □まだ	自分の名前を言えますか	□はい □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 □まだ	簡単なきまりや約束がわかりますか	□はい □いいえ
アーアー、ウーウー、マンマ等の単語を話しますか	□はい □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	□はい □いいえ
名前を呼ぶと振り向きますか	□はい □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	□はい □いいえ
自分で食べようとしますか	□はい □いいえ	同年代の子とかかわって遊べますか	□はい □いいえ
ひとり歩きをしたのはいつですか	（　歳　）か月頃 □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。）	□はい □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	□はい □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
	□健康 □要観察 □未受診	□健康 □要観察 □未受診	□健康 □要観察 □未受診	□健康 □要観察 □未受診	□健康 □要観察 □未受診	□健康 □要観察 □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	□はい □通ったことがある □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	□月 □週　回
通院期間	年　月　日 ～　年　月　日	現在の状況	□治療中 □完治 □経過観察中		
入院期間	□あり（　年　月　日～　年　月　日）□なし	手術歴	□あり（　年　月　日内容：　）□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。	□あり □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	□はい □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	□朝 □昼 □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	□はい □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	□食物 （内容：　） □花粉 □アトピー □喘息 □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	□はい （内容：　） □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	□はい （内容：　） □いいえ

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 □相談予定がある □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	□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	指導内容	

障害者手帳を持っていますか	□はい □手続中 □申請検討中 □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	□身体障害者手帳（　級） □愛の手帳（　度） □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	□はい（病名：　） □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