

お子さんの状況

この調査票は、保育所・認定こども園・小規模保育の入所(園)及び保育を実施する際の参考資料とさせていただきます。

ふりがな		生年月日	記入日現在の年齢	記入日				
児童氏名	男 女	平成・令和 年 月 日生	歳 カ月	令和 年 月 日				
1. 出生時の状況			現在の体重 (g) 身長 (cm)					
出生時体重 g 低体重児の場合：保育器に <input type="checkbox"/> 入った <input type="checkbox"/> 入らない			測定日 年 月 日 平熱 (度)					
2. 発達状況について		3. 予防接種について 受けられた予防接種に○をつけてください						
首すわり	か月	ヒブ (Hib)	初回 ①	四種混合 (DPT- IPV)	初回 ①	水痘 (みずぼうそう)	1回目	
寝返り	か月		②		②		2回目	
おすわり	か月		③		③		かかった	
ハイハイ	か月		追加		追加		初回 ①	
つかまり立ち	か月	小児 肺炎球菌	初回 ①	BCG MR (麻しん風 しん混合)	日本脳炎	おたふく かぜ	②	
つかまり歩き	か月		②				1期	追加
ひとり歩き	か月		③				2期	予防接種
			追加				かかった	かかった
4. 療育手帳・身体障害者 (手帳)の交付状況		ロタウィルス	1回目	麻しん	B型肝炎		1回目	
・有(※手帳の写しを添付してください)			2回目	風しん			かかった	2回目
・無			3回目					3回目
5. 乳幼児健診の状況について								
4か月児健診 受診・未受診	相談・指導内容							
9か月児健診 受診・未受診	相談・指導内容							
1歳6か月児健診 受診・未受診	相談・指導内容							
3歳児健診 受診・未受診	相談・指導内容							
6. かかった病気と現在の様子について								
1) かかった病気等について○を入れてください。								
1. 心疾患 2. 腎疾患 3. けいれん 4. てんかん 5. 肘内障 (ひじがぬける) 6. ぜんそく 7. アトピー性皮膚炎 8. 食物アレルギー (下記に記載) 9. その他 () 10. 特になし								
・食物アレルギーについて <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
1.除去している食材名 ()								
2.アレルギー症状 ()								
3.アナフィラキシー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処方薬 () 用法： <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 頓服								
・食物以外のアレルギーについて <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
2) 上記の項目について、かかった時の様子と、現在の症状や医師の指示等についてご記入ください。								
番号	診断名	かかった時の様子		現在の症状・医師の指示・病院名 等				
記入例 3	熱性けいれん	1歳2カ月の時、39℃の熱でけいれんし、意識がなくなり救急車を呼んだ。		熱が38℃になれば、おしりから薬を入れるようにと指示させている(〇〇病院)。				
7. 現在の状況について								
【疾病】なし・※あり (治療中 経過観察中 治療済) 【通院】なし・あり								
★発達支援が必要な場合、集団保育で配慮が必要な場合、比較的大きな疾病にかかったことがある場合は、主治医による「申込児童に関する意見書」の提出が必要です。								
(※診断書や発達検査結果をもって代えることも可能。状況に応じて意見書以外の書類の提出を依頼することがあります。)								
※疾病が「あり」の場合は下記をご記入ください。								
通院期間や相談機関等		期間			診断名			
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日						
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日						
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日						

※裏面もご記入ください。

8. お子さんのこれまでの状況についてご記入ください。(全年齢)

1	家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。	はい	いいえ
2	知らない人を見ると不安そうな顔をしたり、泣いたりするような人見知りをしますか。	はい	いいえ
3	後追いをしますか。	はい	いいえ
4	バイバイ・ありがとうなどの身振りをしますか。	はい	いいえ
5	ママ、ブーブーなど意味のあることばを話し始めた時期はいつですか。	(歳	カ月頃)
6	名前を呼ぶと振り向きますか。	はい	いいえ
7	話しかけへの反応はありますか。	はい	いいえ
8	何かに興味を持ったとき、指をさして伝えようとしますか。	はい	いいえ
9	2語文(「ワンワン キタ」、「マンマ チョウダイ」)など言いますか。	はい	いいえ
10	手を出して物をつかめますか。	はい	いいえ
11	指先で物をつまめますか。	はい	いいえ
12	なぐりがきはできますか。	はい	いいえ
13	こだわりはありますか。 はいの場合どんなこだわりがありますか。 例) いつもの道順・やり方・手順が変わると混乱する。 ()	はい	いいえ
14	公園など外で、近くにいる他のお子さんに興味をもちますか。	はい	いいえ
15	簡単な指示や禁止はわかりますか。	はい	いいえ

9. 保育所等に入るにあたり、発育や発達の事で伝えておきたいことや、健診等で助言を受けていること等がありましたら、ご記入ください。

()

10. 食事状況についてあてはまる項目に○をつけてください。

- 1) 栄養法 ・母乳 ・混合 ・ミルク
- 2) コップ ・使える ・使えない
- 3) 離乳食 開始時期 カ月
回数： /日
形態： 初期 ・中期 ・ 後期 ・ 完了期
- 4) 普通食 ・手伝いが必要 ・自立：使用できる(スプーン・フォーク・お箸)