

乳児用入所希望児童調査票

(令和3年4月2日生まれ以降の児童用)

児童氏名

生年月日 令和 年 月 日 (歳 ヶ月)

児童の健康状態について子育て支援課に問合せをすること、またその情報及び本調査票を入所希望施設へ情報提供することに同意します。

保護者氏名

(1) お子さんの健康状態及び日ごろの様子について、記入してください。

※本調査票は、安全な園生活を送っていただくためのものであり、入所の選考には影響しません。

※出産予定での入所申込の場合、以下の質問事項について記入の必要はありません。

1	今までにかかった大きな病気や怪我、または現在治療している病気や怪我はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 病名① () (歳 ヶ月時) かかりつけの病院名 () 治療の状況 () 通院 (回/月) ・ 投薬 (回/日) ・ 経過観察 病名② () (歳 ヶ月時) かかりつけの病院名 () 治療の状況 () 通院 (回/月) ・ 投薬 (回/日) ・ 経過観察
2	乳幼児健診を受けましたか？	・ 4 ヶ月 (受診・未受診) ・ 10 ヶ月 (受診・未受診) ・ 1歳6 ヶ月 (受診・未受診) ・ 2歳 (受診・未受診)
3	市の健診について、結果や指導内容に何かありましたか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (内容)
4	アレルギーがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない アレルギーの種類 (気管支喘息・食物アレルギー・その他 ()) 症状 () アナフィラキシーの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医師の治療 <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない 治療の状況 通院 (回/月) ・ 投薬 (回/日) ・ 経過観察 ※食物アレルギーの場合は以下をご記入ください。 原因食物 () 除去食 <input type="checkbox"/> ある (食材) <input type="checkbox"/> ない 医師の指示 ()
5	ひきつけを起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある (年齢 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> ない 原因 (熱有り・熱無し・その他 今までに 回)
6	脱臼をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある (年齢 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> ない 原因 () 部位 ()
7	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかを持っていますか？	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない

※裏面も記入してください

8	食事	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳食(初期・中期・後期・完了期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし
9	排泄	<input type="checkbox"/> 介助があればトイレでできる <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> 夜・外出時だけおむつ <input type="checkbox"/> おむつが必要
10	睡眠	就寝時間 (時 分頃)、起床時間 (時 分頃) お昼寝について <input type="checkbox"/> している(午前 時間、午後 時間) <input type="checkbox"/> していない
11	言葉	<input type="checkbox"/> 喃語(アーアー)程度 <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 二語文程度 <input type="checkbox"/> 会話のやり取りができる <input type="checkbox"/> その他()
12	体の発達	<input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返りができる <input type="checkbox"/> 自立歩行ができる <input type="checkbox"/> 音がするほうを向く <input type="checkbox"/> おすわりができる <input type="checkbox"/> 歳を言える <input type="checkbox"/> 動いているものを見る <input type="checkbox"/> ハイハイができる <input type="checkbox"/> 名前を言える <input type="checkbox"/> 声をかけると目が合う <input type="checkbox"/> つかまり立ちができる
13	子育て支援	<input type="checkbox"/> 園庭開放・子育て支援センター・一時預かり保育を利用したことがある (場所:) <input type="checkbox"/> 利用したことがない
14	育児やお子さんの様子(身体面・行動面等)で心配なことがありましたらご記入ください	

(2) 保育所の申込について記入してください。

※記入した内容により利用調整(選考)上、有利・不利になることはありません。

1	現在の保育状況	該当する項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 自宅で保育している <input type="checkbox"/> 保育園または幼稚園に預けている <input type="checkbox"/> 職場へ連れて行っている <input type="checkbox"/> 家族・親族等が保育している <input type="checkbox"/> その他()
2	入園できなかった場合の対応について	該当する項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 申し込みを取り下げる <input type="checkbox"/> 保護者が家庭で保育する <input type="checkbox"/> 幼稚園・託児所を利用する→(施設名:) <input type="checkbox"/> 保護者が職場へ連れていき保育しながら就労する <input type="checkbox"/> 育児休業を延長する→(令和 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> その他→()