

# 入所申込児童調査票

(フリガナ)

児童氏名

生年月日

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。

令和 年 月 日 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。

※安全な園生活を送っていただくために必要な事項を調査するものです。

1	今までにかかった大きな病気や怪我または現在治療中の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： ( ) <input type="checkbox"/> 通院 ( 回/月) ・ <input type="checkbox"/> 投薬 ( 回/日) ・ <input type="checkbox"/> 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 ( ) <input type="checkbox"/> 通院 ( 回/月) ・ <input type="checkbox"/> 投薬 ( 回/日) ・ <input type="checkbox"/> 経過観察
2	乳幼児健診を受けましたか？	・ 4ヶ月 ( <input type="checkbox"/> 受診・ <input type="checkbox"/> 未受診) ・ 10ヶ月 ( <input type="checkbox"/> 受診・ <input type="checkbox"/> 未受診) ・ 1歳6ヶ月 ( <input type="checkbox"/> 受診・ <input type="checkbox"/> 未受診) ・ 2歳児 ( <input type="checkbox"/> 受診・ <input type="checkbox"/> 未受診) ・ 3歳児 ( <input type="checkbox"/> 受診・ <input type="checkbox"/> 未受診) <div style="float: right; margin-left: 20px;">                     } 直近に受けた乳幼児健診                      歳 ヶ月頃                 </div>
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 種類 <input type="checkbox"/> 気管支喘息・ <input type="checkbox"/> 食物アレルギー・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) 症状 ( ) アナフィラキシーの有無 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 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 <input type="checkbox"/> 通院 ( 回/月) ・ <input type="checkbox"/> 投薬 ( 回/日) ・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 熱有り・ <input type="checkbox"/> 熱無し・ <input type="checkbox"/> 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 (内容)

※裏面も記入してください

8	食事の状況	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳食( <input type="checkbox"/> 初期・ <input type="checkbox"/> 中期・ <input type="checkbox"/> 後期・ <input type="checkbox"/> 完了期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 偏食がある( ) <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	排泄の状況	<input type="checkbox"/> 常時おむつが必要 <input type="checkbox"/> 夜間・外出時だけおむつが必要 <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> 大便の始末は介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助があればトイレでできる <input type="checkbox"/> 自分ですべてトイレでできる
10	睡眠の状況	就寝時間( 時 分頃)、起床時間( 時 分頃) お昼寝 <input type="checkbox"/> している(午前 時間、午後 時間) <input type="checkbox"/> していない
11	言葉の状況	<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	発達の状況 (0～2歳児のみ)	<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	子育て支援施設等の利用状況	<input type="checkbox"/> 子育て支援施設等を利用したことがある <input type="checkbox"/> 子育て支援センター(施設名 ) <input type="checkbox"/> 園庭開放(施設名 ) <input type="checkbox"/> 一時預かり保育(施設名 ) <input type="checkbox"/> その他(施設名 ) <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)で気になることがありましたらご記入ください	

(2) 現在の保育の状況等について記入してください。

※記入した内容によって、保育所等の利用に関して有利又は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"/> 家庭で保育している <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園等を利用している <input type="checkbox"/> 職場で保育している <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	該当する項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 保護者が家庭で保育する <input type="checkbox"/> 育児休業を延長する(令和 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 幼稚園・託児所を利用する(施設名: ) <input type="checkbox"/> 保護者の職場で保育しながら就労する <input type="checkbox"/> その他( )