

保育所(園)入所申込みに関する状況票		児童氏名(ふりがな)	生年月日	年 月 日
令和5年度 歳児クラス			保護者連絡先 氏名	〈続柄 〉
		男 · 女		
保護者等の状況	父	就労・求職中・病気(障害)・看護(介護)・学生・不存在		
	母	就労・求職中・産前産後・育児休暇中・病気(障害)・看護(介護)・学生・不存在		
	同居の成人者	いない・祖父・祖母・おじ・おば・その他()		
送迎	送迎者	父・母・祖父・祖母・おじ・おば・その他()		
	送迎の方法	車・自転車・徒歩・その他()		
生育歴について	出産	1. 妊娠中	正常 · 異常(重度つわり・妊娠高血圧症候群・他)	
		2. 出生時	正常 · 異常(仮死・早産(か月) · 強い黄疸 · 他)	体重 g 身長 cm
	初期発達	1. 首がすわった時期(か月) · おすわりした時期(か月)		
		2. 1人で2、3歩あるいた時期(才 か月)		
入所希望児の健康状態について	受診した定期健診について		1か月 · 3~6か月 · 9~11か月 · 1歳6か月 · 2歳6か月 · 3歳定期健診などで指摘を受けたことがあればご記入ください。 ()	
	1. ひきつけやけいれんをおこしたことがありますか		* 時期 初回(才 か月) · (才 か月) 無 · 有 * いままでに()回 * 原因(熱が出たとき・泣いたとき・熱がなくても起きる)	
	2. 視力・聴力が気になり受診したことがありますか		無 · 有 (結果)	
	3. 病気、事故等で入院したことがありますか		無 · 有 (時期 才 か月頃 · 病名)	
	4. 過去に大きな病気をしたことがありますか		無 · 有 (病名)	
	5. 現在治療中の病気などがありますか		無 · 有 (病名)	
	6. 現在服用している薬はありますか		* 薬名 () 無 · 有 * いつから(年 月から) * 服用時間帯(1日 回／朝 · 昼 · 晩)	
体質	1. 該当するものに○をしてください。 ·熱が出やすい ·便秘症(日以上) ·風邪をひきやすい ·湿疹 ·ぜんそく ·ヘルニア ·吐きやすい ·関節がはずれやすい ·下痢しやすい ·その他()			
	2. アレルギーがありますか	無 · 有 ①食物 ②薬物 ③吸引性(ハウスダスト・花粉症) ④接触性 ※有の場合は別紙チェック票もご記入ください。		

※裏面もご記入ください

活動面	1. 目が合いますか	あう・あわない	
	2. 気になる行動・癖がありますか	無・有(具体的に))
自律性	1. 食事について	ひとりでできる・手伝ってもらう・ひとりでできない	
	2. 着替えについて	ひとりでできる・手伝ってもらう・ひとりでできない	
	3. 排せつ(トイレ)について	ひとりでできる・手伝ってもらう・ひとりでできない	
	排便について	トイレで出る・トイレで出るがうまく拭けない	
お子さんの様子 ・ ・ ・該当する年齢の欄にご記入ください (記入時点年齢にて記入)	0歳	・体重は良好に増えていますか(現在約kg)	はい・いいえ
		・首はすわりましたか	はい・いいえ
		・音に反応したり、名前を呼ぶと振り向きますか	はい・いいえ
		・「アー」や「ウー」などの声をだしますか	はい・いいえ
		・あやすとよく笑いますか	はい・いいえ
		・寝返りをしますか	はい・いいえ
		・側にあるものに手を伸ばしてつかみますか	はい・いいえ
		・お座りをしますか	はい・いいえ
		・ハイハイをしますか	はい・いいえ
		・つかまり立ちをしますか	はい・いいえ
1歳 ・ 2歳	1歳 ・ 2歳	・1人でたちますか	はい・いいえ
		・1人で歩きますか	はい・いいえ
		・離れたところのおもちゃなどを指さすとその方向を見ますか	はい・いいえ
		・バイバイなどの身振りをしますか	はい・いいえ
		・名前を呼ぶと反応しますか	はい・いいえ
		・意味のある言葉をいくつか話しますか(マンマ・ブーブなど)	はい・いいえ
		・簡単ないいつけがわかりますか(おいで・ねんね・ちょうどいなど)	はい・いいえ
		・泣いたり、動いたりせずにおとなしすぎると思うことがありますか	はい・いいえ
		・絶えず動き回り、目が離せないことが多いですか	はい・いいえ
		3歳 ・ 4歳 ・ 5歳	3歳 ・ 4歳 ・ 5歳
・同年齢の子どもと会話ができますか	はい・いいえ		
・走ったり、跳んだり、階段をのぼることができますか	はい・いいえ		
・友だちと一緒に遊ぶことができますか	はい・いいえ		
・クレヨンなどで、丸(円)を書けますか	はい・いいえ		
・要求を人に伝えられますか	はい・いいえ		
・言葉が遅れている、発音がおかしいという心配はありますか	はい・いいえ		
・ひどく乱暴である、ひどく落ち着かず動き回ることがありますか	はい・いいえ		
・気になるこだわりや行動がありますか	はい・いいえ		
その他	病気や言葉、その他発達について相談している病院や専門機関はありますか 病名・症状()病名・機関名()		
		はい・いいえ	
	身体障害者手帳や療育手帳はお持ちですか	はい・いいえ	
	集団生活は初めてですか <園名>・その他()	はい・いいえ	
発達の状況(身体・知的・言葉など)や健康面で気がかりなこと、伝えておきたいことがあればご記入ください。			