

③

入所申込児童質問票

※あてはまる回答に○印をし、該当する場合は()に漏れがないように記入してください。
 出生予定の方は「児童名」に姓のみと「生年月日」欄に出生予定日に記入してください。

記入例	
保育課記載	入所希望 月
(R4.4.1現在の年齢)	
3歳	8ヶ月

児童名	安城 花子	<input checked="" type="radio"/> 男・女	<input checked="" type="radio"/> 平成・令和 30年 8 月 28日生
-----	-------	--------------------------------------	---

入園希望施設	第1希望	<input type="radio"/> こども園
	第2希望	<input type="radio"/> こども園
	第3希望	<input type="radio"/> こども園
	第4希望	<input type="radio"/> こども園

2次・3次申込の方のみ希望園の記入ができます。※事業団こども園に限る

※お子さんの姿についても少し詳しく知るために後日保育課から連絡させていただく場合があります。お子さんの様子がわかる方の名前、連絡先をご記入ください。

保護者名	安城 太郎
連絡先	71-2265

質問事項		回答		
出生時の状況	妊娠から出生までの異常	<input checked="" type="radio"/> ある (妊娠中毒症) ・ <input type="radio"/> ない		
	出産の状況	正常・その他	<input checked="" type="radio"/> 帝王切開 ・ <input type="radio"/> 吸引 ・ <input type="radio"/> 仮死	
	出生時の体重	(2749) g 早産などの場合 () 週で出産		
	出生時・新生児期に異常	<input checked="" type="radio"/> ある (高ビリルビン血症) ・ <input type="radio"/> ない		
発達の状況	首座り (月) 寝返り (月) お座り (月) はいはい (月) 伝い歩き (カ月) 歩行 (カ月)			
	話しかけている人と視線が合いますか。	<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ		
	後ろから名前を呼んだ時、振り向きますか。	<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ		
	指さしはありますか。	<input checked="" type="radio"/> はい (月) ・ <input type="radio"/> いいえ		
	ママ、ブーブー(一語文)など意味のあることばをいくつか話しますか。	<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ		
	2語文(ワンワンキタ、マンマチョウダイ)などを言いますか。	<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ		
	簡単な会話ができますか。	<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ		
	食事は自分で食べますか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	手づかみ ・ <input checked="" type="radio"/> スプーン ・ <input type="radio"/> はし	
	衣服の着脱は自分でできますか。	できる ・ <input checked="" type="radio"/> 援助があればできる ・ <input type="radio"/> できない		
	トイレで排泄できますか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	オムツ ・ トレーニング中 ・ パンツ	
今までに乳幼児健診は、受けていますか。	<input checked="" type="radio"/> 1歳半 <input checked="" type="radio"/> 3歳 ・ <input type="radio"/> 受けたことがない			
乳幼児健診(1歳半・3歳)で、心身の発達や言葉に遅れがあるとされたことがありますか? ※「はい」と答えた方は該当する□にレ点をお願いします。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 医療機関に通院している 医療機関名 () 診断名 () <input type="checkbox"/> 保健センターで「経過観察」と言われている <input type="checkbox"/> あんステップの親子教室に参加したことがある <input type="checkbox"/> あんステップで相談をしている <input type="checkbox"/> 療育(やまびこルーム)に通っている <input type="checkbox"/> その他 ()		
視力・聴力に異常があるとされたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	診断名 (<input type="radio"/> 病) かかりつけ医 (<input type="radio"/> 病院)		

裏面もあります

身体 の 様 子	身体に障害がありますか。	はい・いいえ	診断名 (○ ○ ○ 病) かかりつけ医 (○ ○ ○ 病院)
	「ひきつけ」や「けいれん」をおこしたことがありますか。	はい・いいえ	初回 1 歳 5ヶ月 最後に起こした歳は? 2 歳 8ヶ月 今までに何回おこしましたか 3回 どんな時 (熱が上がった時・激しく泣いた時) 診断名 (熱性けいれん)
	アレルギーはありますか。 「はい」と答えた方は状況をご記入ください。	はい・いいえ	検査 (済 ・ 未) 原因物質 (卵) 症状 (下痢・湿疹・嘔吐・その他) アナフィラキシーショック (無・有) エピペンの所持 (ある ・ ない) かかりつけ医 (○○皮膚科)
	持病はありますか。 (例 心臓病・ぜんそく・など)	はい・いいえ	診断名 (○ ○ ○ 病) かかりつけ医 (○ ○ ○ 病院) 配慮が必要な事項 ()
	これまでに大きな病気にかかったことがありますか。 (園生活を送る中で配慮が必要な病気)	はい・いいえ	診断名 (○ ○ ○ 病) かかりつけ医 (○ ○ ○ 病院) 配慮が必要な事項 ()
	言葉が遅れているように思われる ※「はい」と答えた方は該当する□にもレ点をしてください。	はい・いいえ 少し気になる	※「はい」「少し気になる」と答えた方はどのような時にそう思うかをお書きください。 <input type="checkbox"/> 言葉の理解がなく、発語もない <input type="checkbox"/> 相手の話していることは理解しているが、言葉がでない <input type="checkbox"/> 単語が出る <input type="checkbox"/> 二語文 (例ママ、ジュース) が出る <input type="checkbox"/> 三語文 (例ママ、ジュース、ちょうだい) が出る <input type="checkbox"/> オウム返し <input type="checkbox"/> 吃音がある
	知的発達の遅れがあると思われる。	はい・いいえ 少し気になる	診断名 (○ ○ ○ 病) かかりつけ医 (○ ○ ○ 病院)
	身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳をお持ちですか。	はい・いいえ	身体障害者手帳 (○ 級) 精神障害者保健福祉手帳 (○ 級) 療育手帳 (○) 判定 かかりつけ医 (○ ○ ○ 病院)
	特別児童扶養手当の支給を受けていますか。	はい・いいえ	

質問事項	回答
※児童の発達 (身体面・知的面・言語面) について気になることや、心配なこと、施設で保育を利用するにあたり注意してもらいたいことなどがあればご記入ください	

保育課記載欄

	子ども確認	不可証明	担当者印