

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（ ）に漏れないように記入してください。

出生予定の方は「児童氏名」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。

| | | | | | | | |
|------|--|-----|-------|---|---|----|-------------------------|
| フリガナ | | 男・女 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日生 | 入所希望 月 (R8.4.1現在の年齢) |
| 児童氏名 | | | | | | | 歳 |

| | |
|----------------------------|------|
| 入 園 希 望 施 設 | 第1希望 |
| | 第2希望 |
| | 第3希望 |
| | 第4希望 |

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う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。

| | |
|-------|--|
| 保護者氏名 | |
| 連絡先 | |

| 質問事項 | | 回答 | |
|---|--|---|---------------------|
| 出 生 時 の 状 況 | 妊娠から出生までの異常 | ある（ ） ・ ない | |
| | 出産の状況 | 正常・その他 | 帝王切開 ・ 吸引 ・ 仮死 |
| | 出生時の体重 | （ ） g 早産などの場合（ ）週で出産 | |
| | 出生時・新生児期に異常 | ある（ ） ・ ない | |
| 発 達 の 状 況 | 首座り（ ）ヶ月 寝返り（ ）ヶ月 伝い歩き（ ）ヶ月 歩行（ ）ヶ月 | お座り（ ）ヶ月 | はいはい（ ）ヶ月 |
| | 話しかけている人と視線が合いますか。 | はい ・ いいえ | |
| | 後ろから名前を呼んだ時、振り向きますか。 | はい ・ いいえ | |
| | 指さしはありますか。 | はい（ ）ヶ月 ・ いいえ | |
| | ママ、ブーブー（一語文）など意味のある言葉をいくつか話しますか。 | はい ・ 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。 | はい ・ いいえ | |
| | 簡単な会話ができますか。 | はい ・ いいえ | |
| | 食事は自分で食べますか。 | はい・いいえ | 手づかみ ・ スプーン ・ はし |
| | 衣服の着脱は自分でできますか。 | できる ・ 援助があればできる ・ できない | |
| | トイレで排泄できますか。 | はい・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。 | 1歳半 ・ 3歳 ・ 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。 | はい・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（ ） | |
| 身 体 の 様 子 の | 視力・聴力に異常があるとされたことがありますか。 | はい・いいえ | 診断名（ ） かかりつけ医（ ） |

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 () かかりつけ医 () |
| | 「ひきつけ」や「けいれん」を起こしたことがありますか。 | はい・いいえ | 初回 歳 ヶ月 最後に起こした歳は? 歳 ヶ月 今までに何回起こしましたか 回 どんな時(熱が上がった時・激しく泣いた時) 診断名 () |
| | 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 () 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 () |
| | 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 () かかりつけ医 () 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 () かかりつけ医 () 配慮が必要な事項 () |
| | 言葉が遅れているように思われますか。 ※「はい」「少し気になる」と答えた方は該当する□に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 |
| | 知的発達が遅れがあると思われますか。 | はい・いいえ 少し気になる | 診断名 () かかりつけ医 () |
| | 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 () |

その他

※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 |
| | | | |