

※お子さんの発達・健康状態についての情報は、保育園でお子さんをお預かりするために必要となりますので漏れのないようご記入ください。
 ※お子さん1人につき1枚必要です。

ふりがな
名前

発達の様子・病歴

18	1 首がすわったのはいつ頃ですか	() か月頃・未	アトピー・アレルギーの診断を受けていますか	ある	ない	
	2 歩き始め(一人歩き)はいつ頃ですか	() か月頃・未	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎(花粉症) <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎(花粉症) <input type="checkbox"/> 食べ物(<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> その他《 》) 【アレルギー検査結果→ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない】			
	3 意味のある単語(ママ・ワンワン等)話し始めたのはいつ頃ですか	() か月頃・未	エピペンの対応が必要だと医師の診断を受けていますか			
	4 声をかけるとそちらの方を見ようとしますか	はい	いいえ	受けている※	受けていない	
	5 目(視線)を合わせますか	よく合う	合いにくい	※受けていると答えた方 → () 歳ごろ		
	6 普段一緒にいる人が見えなくなったときに探したり泣いたりしますか	はい	いいえ	19 18		
	7 簡単な指示(おいで・まってね・だめよ等)を理解できますか	はい	いいえ	20		
	8 指さしで意思を伝えようとしますか	はい	いいえ	21		
	9 友達と一緒にいることを喜びますか	はい	いいえ	22		
	10 突然、理由なく、たたいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	はい	いいえ	23		
	14	11 限られたことだけにこだわるがありますか?(数字・図形・遊び・食べ物)	はい	いいえ	24	
12 人に触られることや音を嫌がるがありますか		はい	いいえ	25		
15	13 睡眠が浅い、なかなか寝付けない、短い時間でおきるなど睡眠で困ったことがありますか	はい	いいえ	26		
	14 過去に大きな病気にかかったことがありますか	はい	いいえ	27		
16	15 けいれんやひきつけを起こしたことがありますか	はい	いいえ	28		
	16 現在、発達や慢性的な病気等のことで、通院・通所・相談をしていますか	はい	いいえ	29		
17	17 病名()	30				
	18 病院名()	31				
18	19 服薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()	32				
	20 現在、発達や慢性的な病気等のことで、通院・通所・相談をしていますか	はい	いいえ	33		
19	21 病名・障害名()	34				
	22 病院名・施設名()	35				
20	23 障害者手帳又は愛の手帳を持っていますか	はい	いいえ	36		
	24 21 生まれた時の状況→(正常・帝王切開・吸引・仮死・不明)	37				
21	25 22 生まれたときの身長・体重→身長()cm 体重()g	38				
	26 23 生まれたのは妊娠()週目・不明	39				
22	◎申し込み児童が6~12ヶ月の場合、回答してください					
	27 24 離乳食の進み具合について	40				
23	28 25 ミルク(人工乳)は飲めますか	はい	いいえ	41		
	29 健康診査	3~4か月児健診	6~7か月健診	9~10か月健診	1歳6か月健診	3歳児健診
健康診査		健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診

※障害や疾病、発達の遅れなど、気になることがあるお子さんについては、利用申込みされた保育園の状況により、入園する園や入園時期を調整させて頂くことがあります。
 ※上記の件について、関係機関への問い合わせや病院に同行させて頂いていただく場合があります。

上記の※印の記載について、同意します。

保護者署名

児童状況確認票の書き方

2人以上申込みをする場合は、
お子様的人数分ご用意ください。
※No1～13はもれなく記入してください。

年 月 日現在 歳 月

この票に記載されている情報は、保育園でお子さんをお預かり
するために必要となりますので漏れないようご記入ください。
※お子さん1人につき1枚必要です。

ふりがな	
名前	

発達の様子・病歴							
1	首がすわったのはいつ頃ですか	() か月頃・未	アトピー・アレルギーの診断を受けていますか	ある	ない		
2	歩き始め(一人歩き)はいつ頃ですか	() か月頃・未		<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 食べ物(卵) <input type="checkbox"/> 小児 【アレルギー検査結果】 エピペンの対応が必ず医師の診断を受けて ※受けていると答えた			
3	意味のある単語(ママ・ワンワン等)話し始めたのはいつ頃ですか	() か月頃・未	18	18.「ある」と答えた方は、アレルギー、アトピーの内容についてご記入ください。空欄には、アレルギー症状についてご記入ください。 ※お子様を安全にお預かりするために必要な情報となりますので必ずご記入ください。 例) じんましん、かゆみ、嘔吐など			
4	声をかけるとそちらの方を見ようとしますか	はい いいえ					
5	目(視線)を合わせますか	よく合う 合いにくい					
6	普段一緒にいる人が見えなくなったときに探したり泣いたりしますか	はい いいえ					
7	簡単な指示(おいで・まってね・だめよ等)を理解できますか	はい いいえ					
8	指さして意思を伝えようとしますか	はい いいえ					
		はい いいえ					
		はい いいえ					
		はい いいえ	19	19.「ある」と答えた方は、用途や着用頻度などの内容についてご記入ください。 例) 頭の形の矯正のため、ヘルメットを着用。○歳ぐらまで、1日○時間着用するよう医師から指示されている。 ※お子さんの年齢や、装具の種類によっては保育園で着用できない場合があります。			
		はい いいえ		装具(眼鏡・コンタクトレンズ・ヘルメット等)の着用はありますか		ある	ない
		はい いいえ	あると答えた方→着用装具()				
		はい いいえ	20	20.「はい」と答えた方は、用途や着用頻度などの内容についてご記入ください。 例) 頭の形の矯正のため、ヘルメットを着用。○歳ぐらまで、1日○時間着用するよう医師から指示されている。 ※お子さんの年齢や、装具の種類によっては保育園で着用できない場合があります。			
		はい いいえ		保育園に入園するにあたり、気になることがあれば、			
		はい いいえ		過去に大きな病気にかかったことがありますか			
14	病名()		病名()				
	病院名()		病院名()				
		はい いいえ	病名(障がい名)、病院名(施設名)、空欄に現在の状況をご記入ください。 例) 毎週水曜日に○○療育施設に通所 ○時～○時				
		はい いいえ	現在、発達や慢性的な病気等のごことで、通院・通所・相談をしていますか				
16	病名・障がい名()		◎以下の項目は母子健康手帳などを参考にわかる範囲で記入してください				
	病院名・施設名()		21	生まれた時の状況→(正常・帝王切開・吸引・仮死・不明)			
			22	生まれたときの身長・体重→身長()cm 体重()g			
			23	生まれたのは妊娠()週日、不明			
17	障害者手帳又は愛の手帳を持っていますか	はい いいえ	◎申し込み児童が6		※入園前に哺乳瓶・ストローを使用できるよう練習してください。		
			24	離乳食の進み具合について			
			25	ミルク(人工乳)は飲めますか		はい	母乳のみ
健康診査	3～4か月健診	6～7か月健診	9～10か月健診	1歳6か月健診	3歳児健診		
	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診		

※障害や疾病、発達の遅れなど、気になることがあるお子さんについては、利用申込みされた保育園の状況により、入園する園や入園時期を調整させて頂くことがあります。

※上記の件について、関係機関への問い合わせや病院に同行させていただく場合があります。

上記の※印の記載について、同意します。

保護者署名