

保育所(園)入所申込みに
関する状況票

令和2年度 歳児クラス

児童氏名(ふりがな)	生年月日 年 月 日
()	保護者連絡先
男 ・ 女	氏名 (続柄)
	TEL ()

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. 一人で2、3歩あるいた時期(才 か月)		
	3. ウマウマ・バイバイなど言葉が出始めた時期(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	無 ・ 有 *時期 初回(才 か月)・最後(才 か月) *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・花粉等) 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 ）	
自立性	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	
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	・一人でたちますか	はい ・ いいえ
		・一人で歩きますか	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
		・簡単ないっつけがわかりますか（おいで・ねんね・ちょうだいなど）	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	・自分の名前が言えますか	はい ・ いいえ
		・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、飛んだり、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（ ） 病院・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	はい ・ いいえ → 保育所（園） ＜園名 ＞ ・ その他（ ）	
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。			