

令和4年度 保育所等入所申込に関する状況票

児童氏名	ふりがな		生年月日 性別	年 月 日生	男 ・ 女
保護者氏名	ふりがな		連絡先 電話番号		
	〈続柄〉				
保護者の状況	父	就労・求職中・育児休業中・病気（障害）・看護（介護）・学生・不存在			
	母	就労・求職中・産前産後・育児休業中・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（ ）			
祖父母の状況	氏名		住所	連絡先	
父方	祖父				
	祖母				
母方	祖父				
	祖母				
生育歴	出産	妊娠中	正常 ・ 異常（重度つわり・妊娠高血圧症候群・他）		
		出生時	正常 ・ 異常（仮死・早産（ か月）・強い黄疸・他） 体重_____ g 身長_____ cm		
健康状態	定期健診の受診歴	1 か月・3～6 か月・9～11 か月・1歳6 か月・2歳6 か月・3歳 指摘等（ ）			
	ひきつけやけいれんをおこしたことがありますか	無 ・ 有（ ） 回			
	時期 初回（ 才 か月） 最後（ 才 か月）				
	原因（ 熱が出たとき ・ 泣いたとき ・ 熱がなくても起きる ）				
	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（ ）				
	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） 病名（ ）				
過去に大きな病気をしたことがありますか	無 ・ 有				
病名等（ ）					
現在治療中の病気などがありますか	無 ・ 有				
病名等（ ）					
現在服用している薬はありますか	無 ・ 有				
薬名（ ） いつから（ 年 月 から ）					
服用時間帯（ 1日 回 / 朝 ・ 昼 ・ 晩 ）					
体質	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（ ）				
アレルギー	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				

※裏面もご記入ください

活動面	目が合いますか	あう ・ あわない	
	気になる行動・癖がありますか	無 ・ 有 ()	
自立性	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	
	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	
	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	・ 一人で立ちますか	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	いいえ ・ はい
	3歳 ・ 4歳 ・ 5歳	・ 絶えず動き回り、目が離せないことが多いですか	いいえ ・ はい
		・ 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		いいえ ・ はい	
・ 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	いいえ ・ はい		
・ 気になるこだわりや行動がありますか	いいえ ・ はい		
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	はい ・ いいえ	
	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	
	<園名 > ・ その他（ ）	はい ・ いいえ	
お子さんの状況について健康管理課と子育て支援課が連携し、情報を共有することに同意しますか		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。