

保育所等入所申込に関する状況票（申込時点）

児童氏名		ふりがな -----		生年月日 年齢・性別	年 月 日生 (歳 か月)	男・女	
保護者氏名		ふりがな ----- 〈続柄 〉		連絡先 電話番号			
保護者等の状況		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 ※同居・別居に関わらず記載		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		・ 直近の健診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ _____ 歳 _____ か月健診 ・ 受診した機関名 （ ） ・ 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（ _____ 歳 _____ か月） 最後（ _____ 歳 _____ か月）					
		原因 （ 熱が出たとき ・ 泣いたとき ・ 熱がなくても起きる ）					
		視力が気になり受診したことがありますか 無 ・ 有					
		聴力が気になり受診したことがありますか 無 ・ 有					
		病気、事故等で入院したことがありますか 無 ・ 有					
		時期 （ _____ 歳 _____ か月） 病名（ ）					
		じんましん・発疹が出たことがありますか 無 ・ 有					
		原因 （ ）					
		現在治療中の病気や服用している薬はありますか 無 ・ 有					
		病名 （ ） いつから （ _____ 年 _____ 月 から ） 薬名 （ 1日 _____ 回 ）					
		今までにかかった病気などがありますか ・ 水痘 ・ 耳下腺炎 ・ 麻疹 ・ 気管支炎 ・ 喘息 ・ 中耳炎 ・ 脱臼 ・ ヘルニア その他 （ ）					

※ 裏面もご記入ください。

該当するものに○をしてください。

体質		・熱が出やすい ・便秘症（ 日以上） ・風邪をひきやすい ・湿疹が出やすい ・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 【 食物 ・ 薬物 ・ 吸引性(ハウスダスト・花粉等) ・ 接触性 】	
該当する年齢の欄にご記入ください（申込時点）	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
		・同年齢の子とも会話ができますか	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
		・乱暴である、落ち着かず動き回ることがありますか	いいえ ・ はい
・過度の偏食、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	発達や健康等気になることについて相談していますか		はい ・ いいえ
	病院・機関名（ 相談内容（		
	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 <園名 > ・ その他（ ）		はい ・ いいえ
お子さんの状況について、保育課と子育て支援課が、情報を共有することに同意しますか			はい ・ いいえ

ご家庭で保育していて困っていることなど伝えておきたいことがあればご記入ください。

例) 言葉が出ない・自分の意思が通らないと癇癪を起こす・食べ物の好き嫌いが極端