入所（入園）希望児童調査票　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　＊申請書等の内容は、利用が見込まれる保育施設等に連絡しますのでご了承願います。

　＊◎印の設問は、３歳児以上のお子様のみお答えください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 家での呼び名 | 生年月日　　　　年　　　月　　　日生  R6年4月1日現在の年齢　（　　　）歳 |
| 児童名 | |  |
| ・現在の保育状況を教えてください。  　　□自宅で保育している　　　　　□他の保育園・幼稚園に預けている（園名：　　　　　　　　　　　　　　　）  　　□事業所内保育施設に預けている　　　　□職場に連れて行っている  　　□家族・親戚等が保育している（児童からみた続柄：　　　　　）　　□その他（　　　　　　　　　　　　 　） | | | | |
| 出産時 | 妊娠 （　　　　　　週） で出産　　　出生時体重 （　　　　　　　　　　ｇ）　　身長（　　　　　　　　　ｃｍ）  【分娩の経過】　　□ 頭位　　　□ 骨盤位　　　□ その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　□ 自然　　　□ 吸引　　　　□ 手術　　□ その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 食事 | ・現在どんな食事をしていますか。　　□ 母乳　　□ ミルク　　□ 混合乳　　□ 離乳食　　□ 普通  ・食事は1日何回ですか。（　　　　回/日）　　　　　・食事にかかる時間は。（約　　　　分程度）  ・食べる時は何を使っていますか。  □ スプーン　　□ フォーク　　□ はし　　□矯正箸　　□　手づかみ　　□　食べさせてもらう  ・食事について、気になることはありますか。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・食べ物のアレルギーはありますか。　 □　ある　　　□　ない  　　アナフィラキシーを起こしたことがありますか □　ある　　　□　ない  　　アレルギーを起こす食べ物　：　たまご　牛乳　小麦　ピーナッツ　米　えび　いか　そば　魚  　その他（　　　 　　　）  　　その程度　例：加熱すれば可、完全除去等( 　　　　　　　　　　）  　　症状　：　じんましん　喘鳴　　咳　　アトピーがひどくなる　その他（　 　　　　　　　　　　　　　　）  　　医師からの指導内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 排泄 | * すべて自分でできる　 □　介助があればできる　 □　自分ではできないが知らせる（ことば・しぐさ） * 夜・外出時だけはオムツをしている　　□　オムツが必要　　□その他 （　　　　　　　　　　　　　　　 ）   ◎日中おもらしはありますか。　□　ある　　□　ない　　　　◎おねしょは、ありますか。　　 □　ある　　□　ない  ◎大便を知らせることはできますか。　□ことば　　□しぐさ　　□できない | | | |
| 睡眠 | ・朝起きる時間 （　　　　　時　　　　分頃）　　　　・夜寝る時間 （　　　　　時　　　　　分頃）  ・現在お昼寝をしていますか。　　□　している （　　　　　時 ～　　　　　時） 　　 □　していない  ・寝る時のくせはありますか。　　　□　ある　　　□　ない  ある場合： 1人寝 ・添い寝 ・抱く ・おんぶ ・指すい ・うつ伏せ寝 ・仰向け寝 ・その他（　　　　　） | | | |
| こ  とば | ・声を出して笑った時期はいつですか。（　　　　か月）　　　　・人見知りをしたのはいつですか。（　　　　か月）  ・マンマ、ワンワン等が言えるようになったのはいつ頃ですか。（　　　　　か月）  ・単語を３語以上話しますか。　□　はい　　　□　いいえ  ・現在どんな言葉を話しますか。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・名前を呼ぶと振り向きますか。□ はい　　□ いいえ  ◎自分の名前が言えますか。 □　はい 　□ いいえ  ・大人の話す簡単な言葉（おいで、ちょうだい等）がわかりますか。 　　□　はい　　　□　いいえ  ◎気になる発音はありますか。　□　ある □ ない  　 ある場合：　タ行　　サ行　　ラ行　　その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 発  達  ・  健  康  ・  遊  び | ・首がすわったのはいつですか。（　　　　 か月）  ・お座りをしたのはいつですか。　（　　　　 か月）  ・ひとり歩きをしたのはいつですか。（　　 　　か月）  ・周囲の人や物に関心を示しますか。 　　　　　 □　はい　　　□　いいえ  ・音のするほうを見ますか。 　　　　　　□　はい　　　□　いいえ  ・相手の目を見て話ができますか。　　　　　　　　　□ はい　　　□ いいえ  ・転ばずに一人で上手に歩けますか。 　 　　　　□　はい　　　□　いいえ  ・極端に落ち着かず動き回りますか。　 　　　　　　□　はい　　　□　いいえ  ◎洋服を脱いだり、着たりすることができますか。　 □　できる　　□　できない | | | |
| ・今まで受けた子どもの検診にチェック（レ）をしてください。  □4ヶ月検診　　□10ヶ月検診　　□1歳6ヶ月　　□2歳（歯科）　　□3歳  ・検診で指導を受けたことがありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　ある　　　□　ない  　ある場合、指導内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ・今までに罹った主な病気は、なんですか。罹った疾患名に○をしてください。  　心疾患　・　　腎臓疾患　・　肺疾患　・　小児糖尿病　・　川崎病  ひきつけ（熱性痙攣など）　・　てんかん　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　→ひきつけを起こしたことが有る場合の回数について　　　　回数　　　回、　　　　歳　　か月  ・今まで病気で入院をしたり、手術をしたことがありますか。　　　　□　はい　　　□　いいえ  　病名・怪我の内容等　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  　現在の治療状況　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ・持病や体質で気になることがありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　ある　　　□　ない  　ある場合　：　ぜんそく　　　薬　　　皮膚　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　医師からの指導内容　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| ・服用している薬はありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　ある　　　□　ない  　薬の種類、服用時間等　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ・食べ物以外のアレルギーはありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　ある　　　□　ない  　ある場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　医師からの指導内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ・どんな遊びが好きですか。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・お家の人や友達と関わろうとしますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ はい　　　□ いいえ | | | |
| ・子育てで心配していることや園に知っておいてほしいことはありますか。　　　　　　　　　□　ある　　　□　ない  　ある場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

|  |
| --- |
| ・お子さんの性格及び特徴を教えてください。（長所、短所等） |
| ・どんな子どもに育てたいと思っていますか。 |