

児童の状況

ふりがな			生年月日	平・令	年	月	日
児童氏名			第1希望の保育施設名				
※ 当 て は ま る 欄 に チ ェ ッ ク し て 記 入 し て く だ さ い	発 達 状 況	・出生時の体重 _____ g 妊娠期間 _____ 週 ・出産は順調でしたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・首がすわったのは <input type="checkbox"/> (_____ か月頃) <input type="checkbox"/> すわっていない ・おすわりをしたのは <input type="checkbox"/> (_____ か月頃) <input type="checkbox"/> まだ ・歩き始めたのは <input type="checkbox"/> (_____ か月頃) <input type="checkbox"/> まだ ・呼ばれると振り向きですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・目が合いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・ことばは <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/> 日本語を教えていない <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
		次の項目は、2歳から5歳までのお子様についてお答えください。 ・理由なく奇声をだしたり、泣いたりすることがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・落ち着きがなく、手を放すとどこに行くか分からないことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
健康 状 態	・次の症状はありますか。						
	項目	有無	症状	日常生活で気をつけていること	薬の服用		
	ぜん息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	じんましん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	食物アレルギー	有無	症状	日常生活で気をつけていること	薬の服用		
	◦たまご	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エビベン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	◦乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エビベン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	◦小麦	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エビベン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	◦そば	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エビベン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	◦落花生	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エビベン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	◦大豆	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エビベン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	◦その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エビベン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	・ひきつけの経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (初回: _____ 歳 _____ か月のとき、この1年で起きた回数: _____ 回)					
・心身の障がい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障がい名: _____)						
・排泄	<input type="checkbox"/> 1人で可 <input type="checkbox"/> 付き添えば可 <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
・健診時の指摘事項	4 か月健診	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	(指摘事項: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
	9か月健診	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	(指摘事項: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
	1歳8か月健診	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	(指摘事項: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
	3歳4か月健診	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	(指摘事項: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
	その他(_____)	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	(指摘事項: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
・病気や発達のこと治療・相談している病院や施設	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 病院・施設名: _____ 病名・症状: _____ 服薬: 無・有 (朝・昼・夕)						
・健康上又は発達上気になること	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[具体的状況: _____]					