

# 保育施設利用申込みの児童調査書

記入日： 年 月 日

お子さまの健康状態についてお尋ねします。各問については□にチェックを、内容等についてはご記入ください。

※調査書の内容は、お子さまを安全に保育するため保育施設に情報を提供いたします。

|             |    |     |      |                  |
|-------------|----|-----|------|------------------|
| ふりがな<br>児童名 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日<br>( 歳 ヶ月) |
|-------------|----|-----|------|------------------|

＜確認事項＞次の項目についてご了承の上、□にチェックをお願いいたします。

- 児童の健康や発達の状況により、特別な配慮が必要な場合は、保育課から保育施設に対し、その配慮への対応が可能かの確認を行う場合があります。
- 保育施設の状況によっては、児童を受け入れできない場合があります。
- 本書をご提出をいただいた後、大きな病気等が見つかった等、児童の状況に変化がありましたら保育課までご連絡ください。
- 申し出の内容が事実と異なった場合は、判明した時点で内定および入所を取り消すことがあります。

※詳しい状況を確認するため、母子手帳や検査結果資料等のご提示をお願いすることがあります

## 保護者署名

### 1 出生時の状況および発育の具合についてお聞かせください。

【出産時】

出生歴 (第 子) 分娩 (正常・異常) 在胎週 ( 週)

出生時の体重 ( ㌔ ) 出生時の身長 ( ㌢ )

【現在】

現在の体重 ( ㌔ ) 身長 ( ㌢ ) 計測日 年 月 日

### 2 健康診査や予防接種についてお聞かせください。

(1) これまで受診した乳幼児健康診査に✓をつけてください。

- 4か月  9・10か月児  1歳6か月児  3歳6か月児

(2) 定期予防接種を受けていますか。接種済みのものを教えてください。

- B型肝炎  小児用肺炎球菌  4種混合・ヒブ(又は5種混合)  BCG  ロタ  
 麻疹・風疹(MR)  水痘(みずぼうそう)  日本脳炎  その他( )  
 ●対象月齢に達しているにもかかわらず接種歴が無い場合 → 今後受ける予定が (  有  無 )

※対象月齢に達しているにもかかわらず受けていないものがある場合、入園までに保育施設から受診や接種を指示されることがあります。

### 3 発達・発育についてお聞かせください。

(1) 現在、発達・発育に関して相談したり、指導を受けたりしていますか。

- 無  
 有(下の項目に回答してください)

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| 相談をしている又は指導を受けている施設名  | 利用頻度   | ( )年・月・週 に ( )回 |
| 施設利用内容<br><small>(発達相談に行っている、療育プログラムを受けている など)</small>                          | 主な相談・指導内容  |                 |
| 保育園(集団生活)の中の特別な対応 <input type="checkbox"/> 必要はない <input type="checkbox"/> 必要である | <b>「必要である」にチェックした方は、希望する保育施設へ事前見学・事前相談の上、別紙「児童状況票」(市ホームページに掲載)のご記入・ご提出をお願いいたします。</b> |                 |

(2) お子様のご状況についてお聞かせください。

- ・いつ頃、歩き始めましたか( 月頃) ※歩き始めがまだの場合は、できている項目にチェックをしてください。
- (  首すわり  お座り )  ハイハイ  つかまり立ち  つたい歩き )
- ・手足をよく動かしたり、物を見つめたりしますか。  はい  いいえ ( )
- ・あやすと笑いますか。  はい  いいえ ( )
- ・音に反応したり、声がする方を向いたりしますか。  はい  いいえ ( )
- ・物をつかむことはできますか。  はい  いいえ ( )
- ・名前を呼ぶと反応がありますか。  はい  いいえ ( )
- ・つかまり立ちをしますか。  はい  いいえ ( )
- ・まねっこ(ばいばいなど、動作や言葉をまねる)をしますか。  はい  いいえ ( )

裏面に続く

- ・大人の言うことがわかりますか。  はい  いいえ (
- ・会話はできますか。  はい  いいえ (
- ・発音ははっきりしていますか。  はい  いいえ (
- ・自分の物と他人の物の区別ができますか。  はい  いいえ (
- ・体重は増加していますか。  はい  いいえ (
- ・これまで家庭以外での集団生活をしたことはありますか。  はい(利用していた又は利用中の施設:  いいえ

**4 アレルギーや、園での食事対応についてお聞かせください。**

(1)食物アレルギー・その他のアレルギーはありますか。(宗教上の理由で摂取ができない場合もご記入ください)

- 無
- 不明 ⇒  卵  牛乳  大豆  小麦  そば  その他( )
- 有 ⇒  卵  牛乳  大豆  小麦  そば  その他( )

(2)アレルギー「有」と回答した方にお伺いします。

- ・医師の診断に基づいていますか。  基づいている  基づいていない
- ・摂取(接触)したときのアレルギー症状はどのようなものですか。

[ ]

・これまでにアナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。

- はい(時期: )  いいえ

・エピペンはお持ちですか

- 持っている  持っていない

・入所後、保育施設の状況により、必要に応じてご家庭でアレルギー対応のお弁当を登園の際に毎回持参することは可能ですか。

- 可能  不可能  その他( )

・保育園で食事をとる際に、除去等の特別な対応を必要としますか。

- 対応が必要  対応は不要

→ 希望する除去内容について、具体的な内容をご記入ください(卵の場合、全卵除去・白身のみ除去など)。(摂取可能な量や除去の程度、調味料除去の必要があるかなども含めてご記入ください。)

・希望する保育施設へ、上記の除去対応内容についての確認をしていますか。

- 希望する保育施設全園に確認している  一部保育施設のみ確認している  まだ確認をしていない

対応内容について、必ずすべての保育施設へ電話等での確認をしてください。

**5 その他の大きな病気や慢性的な病気などについてお聞かせください。**

(1)大きな病気や慢性的な病気などで通院や治療を受けている、または入院歴はありますか。

- 無
- 有 ⇒ 年 月 日から  入院中  通院中  服薬中  経過観察中

(2)大きな病気や慢性的な病気、入院歴「有」と回答した方にお伺いします。

・病名( ) 病院名( )

・症状( )

・入院 年 月 日から 年 月 日まで

・通院 ( )年・月・週 に ( )回

・服薬 [ 飲み薬  塗り薬  その他( )]

・上記に対し、保育園を利用するうえで、特別な配慮や対応を必要としますか。

- 対応が必要  対応は不要

→ 希望する対応内容について、具体的な内容をご記入ください。

・希望する保育施設へ、上記の希望する対応内容についての確認をしていますか。

- 希望する保育施設全園に確認している  一部保育施設のみ確認している  まだ確認をしていない

対応内容について、必ずすべての保育施設へ電話等での確認をしてください。

**6 入所後の集団生活等にあたり、健康状態でご心配などありましたらご記入ください。**

[ ]