

児 童 の 問 診 票

※保育士配置等の参考としますので、該当する事項にチェックをして、できるだけ詳しく記入して下さい。

児 童 名		出 生 時	体 重	g
			分 娩	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> その他()
発達 の状況	<input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> ひとり歩きができる <input type="checkbox"/> 伝い歩きができる <input type="checkbox"/> ハイハイができる <input type="checkbox"/> 1人で立てる <input type="checkbox"/> おすわりができる <input type="checkbox"/> 寝返りがうてる			
	落ち着いてじっとしていられますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	ことば	<input type="checkbox"/> 意味のある言葉はしゃべらない <input type="checkbox"/> かたこと(ワンワン、マンマ等) <input type="checkbox"/> はっきりと会話が出来る <input type="checkbox"/> その他()		
健康 状況	健康診断	3~4ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 受けた(<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察) <input type="checkbox"/> 受けていない 1歳6ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 受けた(<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察) <input type="checkbox"/> 受けていない 2歳児検診 <input type="checkbox"/> 受けた(<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察) <input type="checkbox"/> 受けていない 3歳児検診 <input type="checkbox"/> 受けた(<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察) <input type="checkbox"/> 受けていない		
	心身の発達や言葉に遅れがあるといわれたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容()			
	今までに、大きな病気・けがをしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時期 歳 ヶ月ごろから)			
	病名() 入院(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 通院(<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治)			
	身障者手帳または療育手帳をもっていますか？ <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない 持っている場合 内容()			
	その他、持病や気になることがある場合は、その状況を記入してください。 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> ソケイヘルニア <input type="checkbox"/> 手足のまひ <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 自閉傾向 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> アトピー体質 <input type="checkbox"/> 目が合わない <input type="checkbox"/> かんしゃくをおこす <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい その症状が起きた年齢 (歳 ヶ月 ごろから) その他(気になることを記入) ()			
アレルギー	アレルギーがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ありの方 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他食べ物() <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他() 医師の指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容()			
予防接種 の状況	<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 日本脳炎			
現在の 保育状況	児童を保育している場所: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 母実家 <input type="checkbox"/> 父実家 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> その他()			
	児童を保育している者: <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他()			
	転園申込の場合は理由: <input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 会社から近い <input type="checkbox"/> 祖父母宅から近い <input type="checkbox"/> その他()			

※児童の発達に不安のある方は、事前に希望する保育所(園)にお子さんを同伴して来園していただき、園の職員にご相談下さい。

※お子様の状態によっては、診断書を提出していただく場合があります。

※集団での保育が困難と判断された場合、入所不承諾となる場合があります。