

# 児 童 の 問 診 票

【2】

※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 氏 名		出 生 時	体 重	g	記入時の年齢( 歳 ヶ月)
			分 娩	<input type="checkbox"/> 自然 <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"/> 寝返りがうてる <input type="checkbox"/> おすわりができる <input type="checkbox"/> ハイハイができる <input type="checkbox"/> 伝い歩きができる <input type="checkbox"/> 1人で立てる <input type="checkbox"/> ひとり歩きができる				
	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	健康診査	3~4ヶ月児健診 <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ヶ月児健診 <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歳児歯科健診 <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歳児健診 <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( )	<input type="checkbox"/> 入院( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> 通院( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治 )			
	身障者手帳または療育手帳を持っていますか？ <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"/> 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(発達等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 何に対する ⇒ <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( ) アレルギーですか <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 ※接種回数をご記入ください	<input type="checkbox"/> ロタ( 回 ) <input type="checkbox"/> ヒブ( 回 ) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌( 回 ) <input type="checkbox"/> 4種混合( 回 ) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR( 回 ) <input type="checkbox"/> 日本脳炎( 回 ) <input type="checkbox"/> B型肝炎( 回 ) <input type="checkbox"/> 水痘( 回 )				
現在の昼間の 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"/> 保育所等 <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、入所が取消しとなる場合があります。