

フリガナ		生 年 月 日	令和5年4月1日時点の年齢
児童氏名		年 月 日	歳 か月

(該当する□にレ点をし、記入してください)

①児童の送迎について ※第1希望施設の場合を記入してください。

	主 な 送 迎 者	交 通 手 段	所要時間
送り	父・母・祖父・祖母・その他()	自動車・自転車・バス・徒歩・その他()	分
迎え	父・母・祖父・祖母・その他()	自動車・自転車・バス・徒歩・その他()	分


②現在の児童の状況

家庭保育 職場に連れて行っている 家族・親族等に預けている(児童との関係:)
保育所等に預けている場合
 【種別: 認可保育所 認定こども園 小規模保育施設 企業内保育施設 幼稚園 その他】
 【施設名】() 【利用開始日】(年 月 日から) 【利用頻度】毎日 週__日 その他
その他()

③関係機関との関わり

関わりの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 現在相談中 <input type="checkbox"/> 相談の経過あり(年頃)
機関名称と相談の内容	<input type="checkbox"/> 町健康推進課 <input type="checkbox"/> ひまわりの家 <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> その他()
※ある方のみ	【内容: _____】

④きょうだい同時申込みの状況 ※きょうだいで同時に申込みをする方のみ、記入してください。

きょうだいで同時の入所のみ希望(1人だけの入所は辞退する)※同時の入所ができない場合は「利用不可」となります。

 { 希望順位が低い施設でも、きょうだいで同じ施設への入所を希望
きょうだいが別の施設でもよいので、希望順位が高い施設への入所を希望
きょうだいのうち、一人だけでも入所を希望【児童名: _____ の入所を優先】
 ※入所できない児童は、別に保育の手段を確保する必要があります。【別の保育の手段: _____】

⑤育児休業からの復職に関するご意向 ※現在、育児休業を取得中の方のみ、記入してください。

育児休業を延長する場合を含めた取得可能な育児休業の期間	令和 年 月 日まで
<input type="checkbox"/> 希望する保育所等に入所開始次第、復職する意向がある <input type="checkbox"/> 育児休業の延長が可能であるため、【令和 年 月】からの復職を希望している ※保留となった場合は取り下げとなります。	

⑥希望する保育所等に入所できないときの対応 ※選考に対して不利になることはありません。

自宅で【申込み児童の 父親・母親が】保育する(施設等には預ける予定なし)
他の預け先を検討する【認可外保育施設 幼稚園 その他()】
現在利用している施設を継続して利用する【在園施設名()】
その他(例)別居親族や友人等に保育してもらうなど、具体的に記入してください。
 ()

⑦児童の状況

出生時の状況	1. 出産時の状況 <input type="checkbox"/> 安産 <input type="checkbox"/> 難産 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 早産(か月) <input type="checkbox"/> 低出生体重児 <input type="checkbox"/> その他()
	2. 出生時の体重()g・身長()cm
	3. 生後1か月の間に何か異常がありましたか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()
発育・発達の状況	1. 現在の体重()kg・身長()cm
	2. 次のことは、いつ頃しましたか。 首のすわり ()か月頃から、寝返り ()か月頃から お座り ()か月頃から、ハイハイ ()か月頃から つかまり立ち ()か月頃から、つたい歩き ()か月頃から ひとり歩き ()か月頃から
	3. 乳幼児健診を受けていますか。 <input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 10か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳1か月むし歯予防教室 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 2歳1か月歯科健診 <input type="checkbox"/> 2歳7か月歯科健診 <input type="checkbox"/> 3歳6か月健診
	4. 健診時に指導や事後フォローがありましたか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(____歳____か月健診時に <input type="checkbox"/> 発達の遅れ <input type="checkbox"/> 身体的なもの <input type="checkbox"/> その他) 具体的な内容()
	5. 発育・発達上、気になることはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(例)言葉・発育の遅れ、声かけに対する反応が遅い、落ち着きがない など 具体的な内容()
健康状態	1. 現在、または過去に定期的な通院や入院をしていたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { 通院回数 ____歳__か月頃 ~ (週・月・年__回)(検査年__回) 入院期間 ____年 月 日 ~ ____年 月 日 医療機関名() 病状・症状等()
	2. 現在、持病等がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー【食物・食物以外(内容:)】 <input type="checkbox"/> その他() 発症日 ____年 ____月 ____日 発症した状況と付帯的な症状()
	3. 現在、薬を服用していますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 1日__回(<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕) 薬の種類 _____

	<p>4. 脱臼をしたことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある(部位: _____)</p>
アレルギー	<p>1. アレルギーがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>食物にある { <input type="checkbox"/>卵 <input type="checkbox"/>小麦 <input type="checkbox"/>牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/>大豆 <input type="checkbox"/>ごま <input type="checkbox"/>甲殻類(えび・かに)</p> <p style="padding-left: 150px;"><input type="checkbox"/>その他(_____)</p> <p><input type="checkbox"/>食物以外にある <input type="checkbox"/>花粉 <input type="checkbox"/>薬物 <input type="checkbox"/>ラテックス <input type="checkbox"/>その他(_____)</p>
	<p>2. 医療機関でアレルギーの検査をしましたか。</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>はい _____ 年 _____ 月 医療機関名(_____)</p>
	<p>3. アレルギーによる食事の制限がありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある { 食物名(_____)</p> <p style="padding-left: 150px;"> { 医師の指示 (<input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない)</p>
	<p>4. 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。</p> <p><input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある エピペンの使用は (<input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない)</p>
生活状況	<p>1. 現在の食事の状態はどうか。</p> <p><input type="checkbox"/>母乳 <input type="checkbox"/>ミルク <input type="checkbox"/>フォローアップミルク <input type="checkbox"/>牛乳</p> <p><input type="checkbox"/>離乳食 (<input type="checkbox"/>前期 <input type="checkbox"/>中期 <input type="checkbox"/>後期 <input type="checkbox"/>完了)</p> <p><input type="checkbox"/>普通食 (食事量: <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>少ない)</p>
	<p>2. 嫌いな食べ物がありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある: 特に嫌いな食べ物(_____)</p>
	<p>3. 排泄は自分でできますか。</p> <p><input type="checkbox"/>すべて自分で出来る <input type="checkbox"/>介助があれば出来る</p> <p><input type="checkbox"/>自分で出来ないが知らせる <input type="checkbox"/>トレーニング中である</p> <p><input type="checkbox"/>おむつを使用している <input type="checkbox"/>夜間・外出時だけおむつを使用している</p> <p><input type="checkbox"/>大便について (<input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>自分でできない)</p>
	<p>4. 夜間の睡眠時間はどのくらいですか。</p> <p>_____ 時間くらい (_____ 時から _____ 時まで)</p> <p>・就寝時の癖はありますか(例: 毛布等 _____)</p>
	<p>5. 昼寝はしていますか。</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>はい _____ 時間くらい (_____ 時から _____ 時まで)</p>
	<p>6. 衣服の着脱は、自分でできますか。</p> <p><input type="checkbox"/>自分でできない <input type="checkbox"/>少し手伝えば、自分でできる <input type="checkbox"/>嫌がる</p> <p><input type="checkbox"/>自分でできる (<input type="checkbox"/>パンツ <input type="checkbox"/>ズボン <input type="checkbox"/>上着 <input type="checkbox"/>靴下 <input type="checkbox"/>靴)</p>

遊 び	<p>1. 言葉の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発声、なん語はでますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・指差しはしますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・名前を呼ばれたら、振り向いたり返事をしますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・発音は明瞭ですか。 <input type="checkbox"/>明瞭 <input type="checkbox"/>不明瞭 ・日本語の指示は理解しますか。 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>おおよそできる <input type="checkbox"/>できない ・日本語の応答や会話は <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>おおよそできる <input type="checkbox"/>できない ・会話の語いは <input type="checkbox"/>単語 <input type="checkbox"/>2語文 <input type="checkbox"/>なんでも話せる
	<p>2. 遊びの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・絵を描いて遊びますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・公園や戸外で遊びますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・誰とよく遊びますか。 <input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>祖父母 <input type="checkbox"/>兄弟姉妹 <input type="checkbox"/>その他() ・人形遊び、ごっこ遊びをしますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・絵本、テレビ、DVDなどを観ますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ
	<p>3. 遊びの様子</p> <ul style="list-style-type: none"> ・探索遊びをしますか(物に興味を持ったり、試したりすること) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・一人遊びをしますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・友だちと遊びますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・「貸して」と言えますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・お友達の物を取ってしまことがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・すぐにケンカになりますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ
そ の 他	<p>1. 集団保育は初めてですか。</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ _____ 歳 _____ か月から _____ 保育園</p>
	<p>2. 主として養育した人は誰ですか。</p> <p><input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>祖父 <input type="checkbox"/>祖母 <input type="checkbox"/>その他()</p>
	<p>3. 保護者から見てお子さんの好きなおところは。</p> <p>()</p>
	<p>4. 外出時の様子</p> <ul style="list-style-type: none"> ・買い物時にそばにいますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・手をつないで歩きますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・散歩の時などに車道へ飛び出しますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ
	<p>5. 体調不良など急なお迎えには、どなたが対応できますか。</p> <p><input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>祖父 <input type="checkbox"/>祖母 <input type="checkbox"/>知人()</p>

⑧その他 ※施設等での集団生活のなかで心配なこと・気になることがあれば記入してください。