

入所希望児童調査票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 申請書の内容は、利用が見込まれる保育施設等に連絡しますのでご了承願います。

フリガナ		家での呼び名	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
児童名			R4年4月1日現在の年齢 () 歳
<p>・現在の保育状況を教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅で保育している <input type="checkbox"/> 他の保育園・幼稚園に預けている(園名: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所内保育施設に預けている <input type="checkbox"/> 職場に連れて行っている</p> <p><input type="checkbox"/> 家族・親戚等が保育している(児童からみた続柄: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)</p>			
出産時	<p>妊娠 (_____ 週) で出産 出生時体重 (_____ g) 身長 (_____ cm)</p> <p>【分娩の経過】 <input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>		
食事	<p>・現在どんな食事をしていますか。 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合乳 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通</p> <p>・食事は1日何回ですか。(_____ 回/日) ・食事にかかる時間は。(約 _____ 分程度)</p> <p>・食べる時は何を使っていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> 矯正箸 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう</p> <p>・食事について、気になることはありますか。(_____)</p> <p>・食べ物のアレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p> ある場合は品目(_____)</p> <p> その程度 例:加熱すれば可、完全除去等(_____)</p> <p> 医師からの指導内容(_____)</p>		
排泄	<p><input type="checkbox"/> すべて自分でできる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる(ことば・しぐさ)</p> <p><input type="checkbox"/> 夜・外出時だけはオムツをしている <input type="checkbox"/> オムツが必要 <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p><3歳以上のお子さま></p> <p>・日中おもらしはありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>・おねしょは、ありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p>		
睡眠	<p>・朝起きる時間 (_____ 時 _____ 分頃) ・夜寝る時間 (_____ 時 _____ 分頃)</p> <p>・現在お昼寝をしていますか。 <input type="checkbox"/> している (_____ 時 ~ _____ 時) <input type="checkbox"/> していない</p> <p>・寝る時のくせはありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p> →寝る時のくせがある場合</p> <p> 【 1人寝 ・添い寝 ・抱く ・おんぶ ・指すい ・うつ伏せ寝 ・仰向け寝 ・その他(_____)】</p>		
ことば	<p>・声を出して笑った時期はいつですか。(_____ か月) ・人見知りをしたのはいつですか。(_____ か月)</p> <p>・マンマ、ワンワン等が言えるようになったのはいつ頃ですか。(_____ か月)</p> <p>・単語を3語以上話しますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>・現在どんな言葉を話しますか。(_____)</p> <p>・名前を呼ぶと振り向きませんか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>・自分の名前が言えますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>・大人の話す簡単な言葉(おいで、ちょうだい等)がわかりますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>		

