

児童の健康調査および保護者状況 第一希望園名() 児童名()

希望保育時間 平日 時 分 ~ 時 分
土曜日 時 分 ~ 時 分

該当する□にチェック(✓)をしてください

記入日 平成 年 月 日

<p>1. 母親の状況</p> <p><input type="checkbox"/>家庭外労働 <input type="checkbox"/>自営(農業含む) <input type="checkbox"/>内職</p> <p>勤務先</p> <p>常勤・非常勤(パート・アルバイト含) 採用 H 年 月から</p> <p>勤務時間 月・火・水・木・金 午前 時 分 ~ 午後 時 分 土 午前 時 分 ~ 午後 時 分</p> <p>残業 平日 時間 土曜日 時間</p> <p><input type="checkbox"/>通勤方法 <input type="checkbox"/>自家用車 <input type="checkbox"/>バス <input type="checkbox"/>電車 <input type="checkbox"/>自転車 <input type="checkbox"/>徒歩 所要時間 分</p> <p><input type="checkbox"/>出産 予定日 H 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/>疾病・介護・その他()</p> <p><input type="checkbox"/>求職中 <input type="checkbox"/>不在</p>							
<p>2. 父親の状況</p> <p><input type="checkbox"/>家庭外労働 <input type="checkbox"/>自営(農業含む) <input type="checkbox"/>内職</p> <p>勤務先</p> <p>常勤・非常勤(パート・アルバイト含) 採用 H 年 月から</p> <p>勤務時間 月・火・水・木・金 午前 時 分 ~ 午後 時 分 土 午前 時 分 ~ 午後 時 分</p> <p>残業 平日 時間 土曜日 時間</p> <p>通勤方法 <input type="checkbox"/>自家用車 <input type="checkbox"/>バス <input type="checkbox"/>電車 <input type="checkbox"/>自転車 <input type="checkbox"/>徒歩 所要時間 分</p> <p><input type="checkbox"/>疾病・介護・その他()</p> <p><input type="checkbox"/>求職中 <input type="checkbox"/>不在</p>							
<p>3. 祖父母の状況(来年度4月1日現在)</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">父方</td> <td style="width: 50%; border: none;">母方</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">祖父 年齢 歳(就労・介護・疾病・その他・不在)</td> <td style="border: none;">祖父 年齢 歳(就労・介護・疾病・その他・不在)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">祖母 年齢 歳(就労・介護・疾病・その他・不在)</td> <td style="border: none;">祖母 年齢 歳(就労・介護・疾病・その他・不在)</td> </tr> </table>		父方	母方	祖父 年齢 歳(就労・介護・疾病・その他・不在)	祖父 年齢 歳(就労・介護・疾病・その他・不在)	祖母 年齢 歳(就労・介護・疾病・その他・不在)	祖母 年齢 歳(就労・介護・疾病・その他・不在)
父方	母方						
祖父 年齢 歳(就労・介護・疾病・その他・不在)	祖父 年齢 歳(就労・介護・疾病・その他・不在)						
祖母 年齢 歳(就労・介護・疾病・その他・不在)	祖母 年齢 歳(就労・介護・疾病・その他・不在)						
<p>4. 兄弟の状況(来年度4月1日時点) 0歳 1歳 2歳 3歳 4歳 5歳 (園名)</p>							
<p>5. 乳児期の発達状況</p> <p>首のすわり ヶ月</p> <p>ねがえり ヶ月</p> <p>おすわり ヶ月</p> <p>はいはい ヶ月</p> <p>つたい歩き ヶ月</p> <p>歩きはじめ ヶ月</p>	<p>6. 乳幼児健康診断について(受診していればチェックをつけてください)</p> <p><input type="checkbox"/>4か月健診 <input type="checkbox"/>10か月健診 <input type="checkbox"/>1歳半健診 <input type="checkbox"/>3歳半健診</p> <p>乳幼児健康診断で気になるといわれたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>→はいの場合、どのような点ですか</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>						
<p>7. ①今までにかかった大きな病気はありますか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>・何歳の時(歳)・かかった病名()・医療機関名()</p> <p>②視力・聴力が気になって受診をしたことがありますか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>							

※裏面も記入をお願いします。

<p>③その他あらかじめ申し出ておきたい病気等がありますか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 病名及び病院名等 ()</p> <p>【 <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>服薬 <input type="checkbox"/>その他 】</p> <p>⑤身体障害者手帳または療育手帳はもっていますか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>申請中 【 身体障害者手帳 種 級 ・ 療育手帳 程度 ・ その他 】</p>
<p>8. ①かかりやすい症状（病気）等がありますか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい はいの場合 <input type="checkbox"/>熱を出しやすい <input type="checkbox"/>ぜいぜいしやすい <input type="checkbox"/>下痢をしやすい <input type="checkbox"/>脱臼しやすい (部位の確認 いつ頃 回数) <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>②湿疹がしやすいですか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい はいの場合 <input type="checkbox"/>アレルギー性のもの <input type="checkbox"/>その他 () 普段どうしていますか <input type="checkbox"/>特に何もしない <input type="checkbox"/>食事制限 <input type="checkbox"/>服用 <input type="checkbox"/>塗薬</p> <p>③ひきつけ・けいれんを起こしたことはありますか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい はいの場合 熱がある時 (度) ・ ない時 ()</p> <p>④定期的に飲んでいる薬はありますか? ()</p>
<p>9. ことばについて <input type="checkbox"/>人に向かってウーヤアーを言う（喃語） <input type="checkbox"/>パパ・ママ・マンマなどが言える <input type="checkbox"/>「〇〇ちょうだい」と言われ、持ってくる <input type="checkbox"/>「わんわん来た」など2語文を話す <input type="checkbox"/>自分の名前や物の名前をいくつも言うことができる <input type="checkbox"/>会話をすることができる</p>
<p>10. 食事について 食物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>離乳食前で不明 はいの場合 <input type="checkbox"/>たまご <input type="checkbox"/>牛乳 <input type="checkbox"/>小麦 <input type="checkbox"/>大豆 <input type="checkbox"/>その他 () 離乳食の状況 <input type="checkbox"/>初期 <input type="checkbox"/>中期 <input type="checkbox"/>後期 <input type="checkbox"/>終了 好き嫌い <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある ()</p>
<p>11. 運動等について <input type="checkbox"/>首がすわっている <input type="checkbox"/>寝返りをする <input type="checkbox"/>おすわりをする <input type="checkbox"/>ずりばいをする <input type="checkbox"/>はいはいをする <input type="checkbox"/>つかまり立ちをする <input type="checkbox"/>一人で立つ <input type="checkbox"/>一人で歩く <input type="checkbox"/>あやされるとよく笑う <input type="checkbox"/>名前を呼ぶと振り返る <input type="checkbox"/>人見知りをする <input type="checkbox"/>場所見知りをする <input type="checkbox"/>活発でよく動く <input type="checkbox"/>おとなしく静かにしている</p>
<p>12. 排泄について 大便是1日何回ぐらい出ますか <input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回 <input type="checkbox"/>3回 <input type="checkbox"/>便秘気味 <input type="checkbox"/>オムツ <input type="checkbox"/>パンツ <input type="checkbox"/>寝る時オムツ</p>
<p>13. 今まで健康・発達上のことで専門機関に相談や通所をされたことがありますか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい はいの場合 相談機関名 () いいえの場合でも何か気になることはありますか ()</p>
<p>14. 送迎について 登園時 <input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>祖父 <input type="checkbox"/>祖母 <input type="checkbox"/>その他 () 降園時 <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>15. 集団生活が初めてのお子様にとっては「慣らし保育」（少しずつ短い時間から預けて慣らしていく）を行う方が良いと考えます。あなたのご家庭ではその対応（早期のお迎えなど）が可能ですか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>