

児 童 調 査 票

B

申請児童	フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	氏名					

次の項目に、それぞれお答えください。

出産時の状況	出生歴	第 子	胎児週	週	分娩	正常分娩 ・ 帝王切開 その他 ()		
	身長	cm	出生体重	kg	頭囲	cm	胸囲	cm
保育 (入所) 経験	☐ ない ☐ ある (年 月 (歳 ヶ月頃) ~ 年 月 (歳 ヶ月頃) まで) ☐ 認可保育所等 (幼稚園含む) ☐ 認可外その他 ☐ 園名 ()							
乳幼児健診等	☐ 受診した (☐ 4 か月 ☐ 6 か月 まんまる一歩 ☐ お誕生前 (10 ~ 12 か月) ☐ 1 歳 6 か月 ☐ 3 歳) ☐ 健診等時の指摘事項 ☐ なし ☐ あり () ☐ 受診していない							
発達・発育	発達・発育に関して、相談したり、助言を受けたことはありますか。 ☐ ない ☐ ある (相談先 ()) (相談・助言の内容 ())							
健康状態	☐ 良好 ☐ その他 ()							
病気・ 既往歴・ 障害	現在 (過去) に定期的な通院や入院をしたことがありますか。 ☐ ない ☐ ある 通院歴 歳 か月頃 (☐ 週 ☐ 月 回程度) 入院歴 歳 か月頃 (入院期間 日間) (病名 病院名)							
	既往歴や治療中の病気はありますか。 (ぜんそくや心臓疾患、熱性けいれんなど) ☐ ない ☐ ある 病名 () 症状 ()							
	現在、服薬をしていますか。 ☐ ない ☐ ある (回数 回 / 日 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ タ ☐ 寝る前) (くすりの名称)							
	障害者手帳をお持ちですか。 ☐ ない ☐ ある (級) (障害名)							
	療育手帳をお持ちですか。 ☐ ない ☐ ある (☐ A 1 ☐ A 2 ☐ B 1 ☐ B 2)							
	アレルギーはありますか。 (宗教上の理由で摂取できない場合もご記入ください) ☐ ない ☐ ある → ☐ 卵白 ☐ 卵黄 ☐ 牛乳 ☐ 大豆 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ その他 ()							
アレルギー	アレルギーが「ある」と答えた方は、以下の項目にお答えください。							
	医師の診断に基づいていますか。 ☐ 基づいている (病院名) ☐ 基づいていない							
	摂取または接触したときの、アレルギーの症状及び必要な対応を詳しくご記入ください。 ()							
	これまでにアナフェラキシーショックを起こしたことがありますか。 ☐ はい (時期 :) ☐ いいえ エピペンをお持ちですか。 ☐ 持っている ☐ 持っていない							
	保育所等で食事をとる際などに、除去等の特別な対応を必要としますか。 ☐ 対応が必要 → 下記をご記入ください。 ☐ 対応は不要 ()							
その他	入園にあたり、お子さまの健康や発育について気になることをお書きください。							

※ 診断書や医師の意見書の提出をお願いすることがあります。