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。回答内容により、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。

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（　）							
健康状態	☐ 良好　☐ その他（　）							
乳幼児健診等	☐ 受診していない ☐ 受診した（☐４か月　☐６か月まんまるーぷ ☐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（　）							
発達・発育・障がい	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　）							
	障がい者手帳をお持ちですか。 ☐ ない　☐ ある　（　級 ）（ 障がい名　）							
	療育手帳をお持ちですか。 ☐ ない　☐ ある　（ ☐ ＡＩ　☐ Ａ２　☐ ＢＩ　☐ Ｂ２　☐ その他 ）							
病気・既往歴	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　☐　夕　☐　寝る前 ） （くすりの名称　）							
	保育所等を利用するうえで、医師の診断に基づき、特別な配慮や対応を必要としますか。 ☐ 必要ない ☐ 必要ある └ 病名（　）症状（　） └ 病院名（　）医師名（　） └ 医師に、保育所等での集団生活を行うことができるかなど確認をしていますか。 └ ☐確認している　☐まだ確認をしていない └ 保育所等での必要な対応 （具体的に：　） └ 希望する保育所等に、上記の必要な対応が可能かなどの確認をしていますか。 └ ☐確認している　☐まだ確認をしていない → ※必ず確認を行ってください							
アレルギー	食物アレルギー、その他の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。 ☐ 基づいていない　☐ 基づいている（病院名　） └ 製造ライン（コンタミネーション）の除去の指示はありますか。☐ ある　☐ 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。 （　） これまでにアナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。 ☐　いいえ　☐ はい（時期：　） エピペンをお持ちですか。 ☐ 持っていない　☐　持っている							
	希望している園へ、アレルギー対応可能か確認していますか。 ☐ 確認していない → ※必ず確認を行ってください　☐ 確認済み							
	保育所等で給食等を食べる際などに、除去等の特別な対応を必要としますか。 ☐　対応は不要　☐　対応が必要→下記の（　）内に具体的な対応内容をご記入ください。 （　）							
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。							