

(表面)
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)							
	保育(入所)経験がある方は、利用していた施設について詳しくご記入ください。 ☐ 認可保育所等(幼稚園を含む)() ☐ 認可外・その他()							
乳幼児健診等	☐ 受診していない ☐ 受診した (☐ 4か月 ☐ 6か月まんまる一歩 ☐ お誕生前 (10~12か月) ☐ 1歳6か月 ☐ 3歳)							
	受診した方について、健診等時の指摘事項について教えてください。 ☐ なし ☐ あり()							
発達・発育	発達の様子について教えてください。 ①首のすわり (か月) ②寝返り (か月) ③一人歩き (か月)							
	発達・発育に関して、健康診断などで相談したり、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)							
	※内容確認のため、関係課へ問い合わせを行う場合があります。あらかじめご了承ください。							
	保育園(集団生活)の中で特別な対応の必要はありますか。 ☐ 必要ない ☐ 必要ある(具体的に:)							
	児童発達支援の受給証・療育手帳・障がい者手帳を申請していたことはありますか。 ☐ ない (ある場合) ☐ 持っている ☐ 申請中 ☐ 過去に取得(再取得しない理由:) ☐ 児童発達支援受給証 ☐ 障がい者手帳または療育手帳(身体・精神・療育 級)							
病気・既往歴	これまでに、大きな病気や慢性的な病気などで通院や治療を受けたこと、または入院したことはありますか。 ☐ ない ☐ ある							
	※通院や治療、入院をしたことが「ある」と答えた方は、以下の項目にお答えください。							
	診断名や症状等の詳細について教えてください。 診断名() 症状() 病院名() 医師名()							
	治療等の期間や現在の状況について教えてください。 治療(年 月 日から 年 月 日まで) ☐ 入院中 ☐ 通院中 ☐ 服薬中 ☐ 経過観察中 ☐ 現在は治療不要							
	入院中または通院中の方はお答えください。 ☐ 入院している (年 月 日から 年 月 日まで) ☐ 通院している (☐ 年・ ☐ 月・ ☐ 日 に 回 程度)							
	服薬中の方はお答えください。 回数(回) / 日 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 寝る前 くすりの名称()							
	経過観察中または現在は治療不要の方はお答えください。 ☐ 入院または通院をしていたことがない ☐ 入院していたことがある (年 月 日から 年 月 日まで) ☐ 通院していたことがある (☐ 年・ ☐ 月・ ☐ 日 に 回 程度)							
	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。 ☐ 確認していない → ※必ず確認を行ってください(現在は治療不要の方を除く) ☐ 確認している							
	保育所等を利用するうえで、医師の診断に基づき、特別な配慮や医療的ケアなどを必要としますか。 ☐ 必要ない ☐ 必要ある(具体的な対応:)							
	※特別な配慮や医療的ケアなどが「必要ある」と答えた方は、以下の項目にお答えください。							
	医療的ケア児の保育所等受入れガイドラインをご確認のうえ、鎌倉市にご相談していますか。 ☐ 相談していない → ※必ず相談を行ってください ☐ 相談している							
	希望する保育所等に、上記の配慮や医療的ケアなどへの対応が可能かなどの確認をしていますか。 ☐ 確認していない → ※必ず確認を行ってください ☐ 確認している							

裏面にもご記入ください

(裏面)

アレルギー等	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)
	医師から、製造ライン(コンタミネーション)の除去に関する指示はありますか。 ☐ ない ☐ ある
	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:)
	エピペンまたはアドレナリン点鼻液(ネフィー)をお持ちですか。 ☐ 持っていない ☐ 持っている (☐ エピペン ☐ アドレナリン点鼻液(ネフィー))
	希望している園へ、アレルギー等の対応が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
その他	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。 ()
	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。