

利用申込み用児童問診票(0~1歳用)

日中の連絡先	連絡先① <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他():()						
日中の連絡先	連絡先② <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他():()						
フリガナ 児童氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	第一希望施設	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転所	記入 日	

1 発達の状況

妊娠・出産時の状況 異常なし 異常あり()

出生後の状況で心配なこと なし あり()

出生体重()g 出生週数()週 兄弟姉妹の有無 なし あり(第 子)

首すわり()か月 寝返り()か月 おすわり()か月

ハイハイ()か月 つかまり立ち()か月 ひとり歩き()か月

・喃語やカタコト等声を出してしゃべりますか いいえ はい()

・大人のかたりかけがわかりますか いいえ はい

・あやすと笑いますか いいえ はい

・お昼寝の時間はいつですか ()

・就寝時間はいつですか (夜寝る時間) ~ (朝目覚める時間)

・寝るときの癖はありますか 仰向け 横向き タオル等()を持って おんぶして

抱っこして 指しゃぶり その他()

・おむつはどうしていますか 紙おむつ 布おむつ 布・紙併用

・ミルクは飲めますか いいえ はい

・哺乳瓶は使えますか いいえ はい

・離乳食は始めていますか 始めていない 初期 中期 後期 完了期 普通食

・自分で食事を食べますか 食べようとする(手づかみ スプーン フォーク) 食べようとしない

・自分で飲み物を飲みますか コップで飲む ストローで飲む その他()

・苦手の食べ物はありますか いいえ はい()

・食べたことがない食材がありますか 卵 牛乳 乳製品 小麦粉 大豆製品

エビ リンゴ バナナ メロン キウイ ない

2 身体の様子

・アレルギー体質がありますか いいえ はい()

治療のための食事制限はありますか いいえ はい()

症状出現時に必要な薬はありますか いいえ はい

食品以外のアレルギーはありますか いいえ はい(治療機関)

・けいれんを起こしたことがありますか いいえ はい()歳頃、熱()度(原因:)

・今までに病気にかかったことがありますか(心臓、先天性の病気、てんかん、長期入院など) いいえ はい(病名:) 時期:)

・毎日つづけて使うことが必要な薬がありますか いいえ はい(薬の名前:) 時間:)

・次の項目にあてはまるケアが必要ですか いいえ 酸素 導尿 経管栄養 血糖管理 吸引 ストマ管理

人工呼吸器 その他()

・今までに大きなけがはありますか いいえ はい(入院歴:) 手術歴:)

・関節が抜けたことがありますか いいえ はい(部分:) 時期:) 回数:)

3 健診受診状況

1か月 4か月 後期健診(9か月以上1歳未満) 1歳8か月 その他()

・上記の健診及び受診時に何か心配なことをいわれたり、心理士の先生に相談したことはありますか いいえ はい()

4 予防接種

ロタ()回 四種混合()回 肺炎球菌()回 B型肝炎()回 BCG

ヒブ()回 MR(麻しん・風しん)()回 水痘()回 日本脳炎()回

おたふくかぜ(任意) その他()

5 その他

・集団保育の経験がありますか いいえ はい(施設名:) 利用時期:)

・土曜日の保育は必要ですか いいえ はい()

・併用している施設はありますか(療育園等) いいえ はい(施設名:)

・お子さまのことで何か気になること、心配なこと、日常生活で配慮していることがあれば書いてください。

< 市・園記載欄 >

	問診者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> () ()園・市 担当() 問診日: 令和 年 月 日
--	-----	--

利用申込み用児童問診票(2～5歳用)

日中の連絡先	連絡先① <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他():()					
日中の連絡先	連絡先② <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他():()					
フリガナ 児童 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	第一希 望施設	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転所	記入 日

1 発達の状況

妊娠・出産時の状況 異常なし 異常あり()

出生後の状況で心配なこと なし あり()

出生体重(g) 出生週数(週) 兄弟姉妹の有無 なし あり(第 子)

首すわり(か月) 寝返り(か月) おすわり(か月)

ハイハイ(か月) つかまり立ち(か月) ひとり歩き(か月)

・どのような会話ができますか 自分の名前が言える 大人の言葉が理解できる

・嫌なことや自分の要求をどんな方法で知らせますか 泣いて訴える 言葉で伝える 身振りで表現する

その他()

・着脱について 上着を脱ぐ ボタンが留められる 前後ろがわかる

ひとりでほしい着脱できる

・トイレトレーニングは始めていますか いいえ はい

・トイレに一人で行けますか いいえ はい

・便の後始末は自分でできますか いいえ はい

・苦手な食べ物がありますか いいえ はい()

・友達と一緒にあそぶことを喜びますか いいえ はい

・好きなあそびはありますか いいえ はい()

・苦手なあそびはありますか いいえ はい()

・迷子になりやすかったり、初めての場所でも一人で行ってしまうことがありますか いいえ はい

・気持ちが崩れた時、気持ちの立て直しに時間がかかりますか いいえ はい

2 身体の様子

・アレルギー体質がありますか いいえ はい()

治療のための食事制限 いいえ はい()

症状出現時に必要な薬はありますか いいえ はい

食品以外のアレルギーはありますか いいえ はい(治療機関)

・けいれんを起こしたことがありますか いいえ はい(歳頃、熱 度)(原因:)

・今までに病気にかかったことがありますか (心臓、先天性の病気、てんかん、長期入院など)

いいえ はい(病名: 時期:)

・毎日つづけて使うことが必要な薬がありますか いいえ はい(薬の名前: 時間:)

・次の項目にあてはまるケアが必要ですか いいえ 酸素 導尿 経管栄養 血糖管理 吸引 ストマ管理

人工呼吸器 その他()

・今までに大きなけがはありますか いいえ はい(入院歴: 手術歴:)

・関節が抜けたことがありますか いいえ はい(部分: 時期: 回数:)

3 健診受診状況

1 か月 4 か月 後期健診 (9 か月以上1 歳未満) 1 歳 8 か月 3 歳 6 か月

その他()

・上記の健診及び受診時に何か心配なことをいわれたり、心理士の先生に相談したことはありますか

いいえ はい()

4 予防接種

ロタ (回) 四種混合 (回) 肺炎球菌 (回) B型肝炎 (回) BCG

ヒブ (回) MR(麻しん・風しん) (回) 水痘 (回) 日本脳炎 (回)

おたふくかぜ (任意) その他 ()

5 その他

・集団保育の経験がありますか いいえ はい(施設名: 利用時期:)

・土曜日の保育は必要ですか いいえ はい()

・併用している施設はありますか (療育園等) いいえ はい(施設名:)

・お子さまのことで何か気になること、心配なこと、日常生活で配慮していることがあれば書いてください。

< 市・園記載欄 >

	問 診 者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> () ()園・市 担当 () 問診日: 令和 年 月 日
--	-------------	---