

保育園等申込児童の問診票

R4年度

歳児

ふりがな 申込児童名	性別	生年月日
	男・女	平・令 年 月 日 (歳 力月)

※注意事項※

この問診票は、利用調整に用いるものではなく、お子さまを安全にお預かりするための人員配置等に活用させていただきます。そのため、入所予定の保育園等にも回答内容を共有させていただきます。なお、回答に明らかな虚偽等が判明し、園が安全にお預かりできないと判断した場合には、入園をお断りすることがあります。

また、お子さまの発育状況等について、保健センター及び児童発達支援事業所、保育園等の関係機関に問い合わせする場合があります。

上記関係機関に問合せをすることについて同意します。 令和 年 月 日 代表保護者名 _____

★下記の質問について、あてはまる回答にチェックとご記入をお願いいたします。

保育経歴について

1. これまでに保育園、託児所、認定こども園、通所施設等に通っていたことはありますか。
(認可外保育施設や一時預かり、児童発達支援事業所等を含む)

ない

ある { (施設名: _____) (期間: _____ 年 月 ~ _____ 年 月)
(施設名: _____) (期間: _____ 年 月 ~ _____ 年 月)

病歴について

2. 次の病気などのうち、これまでかかったものすべてにチェックをつけてください。

特になし 気管支炎 皮膚炎 喘息(ぜんそく) 骨折 心臓病 川崎病 てんかん
 その他【 _____ 】

3. これまでに目や耳について気になったことはありますか。

ない

ある { 眼鏡有 近視 遠視 乱視 視野障害 色覚障害
 補聴器有 軽度難聴 中等度難聴 高度難聴 片耳難聴 その他【 _____ }

4. これまでに入院または手術をしたことはありますか。

ない

ある { (病院名: _____) (診断名: _____) (_____ 歳 力月頃)
 すでに完治している 現在も通院している (月 _____ 回程度)

5. これまでにひきつけやけいれん等を起こしたことはありますか。

ない

ある { (_____ 回) (_____ 歳 力月頃) (_____ 歳 力月頃) (_____ 歳 力月頃)
 熱なし 熱あり (状況: _____)

アレルギーについて

6. お子さまにアレルギーはありますか。

ない ⇒ 裏面「発育状況について」へ

ある ⇒ 次の質問へ

7. アレルギーの原因となるものについて、すべてにチェックをつけてください

エビ カニ 小麦 そば 卵 牛乳 ナッツ キウイ ゴマ 大豆
 サケ サバ 鶏肉 豚肉 犬・猫 花粉 ハウスダスト その他【 _____ 】

8. 具体的な症状について、すべてにチェックをつけてください。

かゆみ 腫れ 吐き気 涙 くしゃみ 鼻水 咳 喘息 呼吸困難 じんましん
 下痢 腹痛 アナフィラキシーショック その他【 _____ 】

9. これまでにアレルギーについて、医師の診断や指示等を受けたことはありますか。

ない

ある (治療状況: _____) エピペン所持 なし あり

発達状況について

10. 出生時の状況

体重（ g） 身長（ cm） 新生児期の経過（特になし・保育器・黄疸・その他）
 妊娠周期数（ 週 日）

11. 乳幼児健診について、受診したもののすべてと診断結果にチェックをつけてください。

- | | | | | | |
|------------------------------------|----------|-------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 カ月 健診 | ⇒ 指導等の有無 | <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 有り（内容： |) | <input type="checkbox"/> 分からない |
| <input type="checkbox"/> 4 カ月 健診 | ⇒ 指導等の有無 | <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 有り（内容： |) | <input type="checkbox"/> 分からない |
| <input type="checkbox"/> 6・7カ月健診 | ⇒ 指導等の有無 | <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 有り（内容： |) | <input type="checkbox"/> 分からない |
| <input type="checkbox"/> 10・11カ月健診 | ⇒ 指導等の有無 | <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 有り（内容： |) | <input type="checkbox"/> 分からない |
| <input type="checkbox"/> 1 歳 半 健診 | ⇒ 指導等の有無 | <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 有り（内容： |) | <input type="checkbox"/> 分からない |
| <input type="checkbox"/> 3 歳 児 健診 | ⇒ 指導等の有無 | <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 有り（内容： |) | <input type="checkbox"/> 分からない |

12. これまでお子さまの発達状況について下記の関係機関等に相談したことはありますか。

- ない
 ある… 児童発達支援事業所【事業所名： 】 保健センター パレット
 相談支援事業所 【事業所名： 】 その他【 】

13. 下記に記載されている手帳または受給資格を持っていますか。

- ない
 ある… 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 特別児童扶養手当

日常生活等について

14. 下記の項目について、できることに○、ときどきできることに△を（ ）内にご記入ください。

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 寝返りをする | <input type="checkbox"/> 両足でぴょんぴょんと飛び | <input type="checkbox"/> ケンケンをする |
| <input type="checkbox"/> ハイハイをする | <input type="checkbox"/> ボタンの掛け外しをする | <input type="checkbox"/> スキップをする |
| <input type="checkbox"/> 一人で歩く | <input type="checkbox"/> 尿意を知らせトイレに行く | <input type="checkbox"/> 排便後の始末をする |
| <input type="checkbox"/> 指差しをする | <input type="checkbox"/> お箸で食べる | <input type="checkbox"/> 食べ終わるまで座る |
| <input type="checkbox"/> 二語文を話す | <input type="checkbox"/> 簡単な会話をする | <input type="checkbox"/> 発音がはっきりしている |
| <input type="checkbox"/> 身振りを真似する | <input type="checkbox"/> 名前をフルネームで言う | <input type="checkbox"/> 言葉で用件を伝える |
| <input type="checkbox"/> 身近な人に甘える | <input type="checkbox"/> 共同で使うものを譲る | <input type="checkbox"/> 順番を待つ |
| <input type="checkbox"/> 少しの間、我慢する | <input type="checkbox"/> 制止されるとやめる | <input type="checkbox"/> ジャンケンの勝敗が分かる |

15. 下記の項目について、当てはまることに○、やや当てはまることに△を（ ）内にご記入ください。

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> よく迷子になる | <input type="checkbox"/> 寝付きが悪く昼寝をしない | <input type="checkbox"/> 高いところに好んで登る |
| <input type="checkbox"/> すぐに暴力を振るう | <input type="checkbox"/> 同じ方法や順序にこだわる | <input type="checkbox"/> かんしゃくがひどい |
| <input type="checkbox"/> 極端に偏食である | <input type="checkbox"/> 決まった遊びを繰り返す | <input type="checkbox"/> 指をしゃぶる |
| <input type="checkbox"/> よく転ぶ | <input type="checkbox"/> 虫歯が多い | <input type="checkbox"/> 夜遅くまで起きている |
| <input type="checkbox"/> 排泄で困っている | <input type="checkbox"/> 体のバランスが悪い | <input type="checkbox"/> 人見知りをしたことがない |
| <input type="checkbox"/> 抱っこを嫌がる | | |

16. 発達状況や家庭環境等について、入園を希望する保育園等にお伝えしたことがある場合は、自由にご記入ください。

以上