様式第1号(第3条関係)

問診		児童氏名	'''' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' '	\ \	∆ ∈ /	生 年 月 日 (月 日 (か月)
1. 出生につい		生胎週数(週) 体重(g)	身長(cm)	
2. 運動発達の 首すわり(- '	く 寝返り(か月) おすわり	り(か月)			
			か月) おすわりか月) 歩きはじぬ				
3. 平熱 (<u>. r. љ. c</u> ℃	か月)少さはしぬ)(N.W.)			
4. これまでの	<u> </u>						
1		けていない 口	受けた [コ医師からの助	加言内容()
		そけていない 口		□医師からのほ)
5. 入院歴							
□ない □ある	る 病名()入院時	期(歳	か月)入院	開間()
	治療状況 口	完治 口経過額	見察				
現在治療中	ロの病気						
□ない □ある	5 病名()	治療状況()
6. かかりやす				7 - 144 /	\ .	5.3 % + - - /	,
	_		□ない □ある			≷発征日 ()
			ありますか。 □な □な			同米())
(2)脱臼や肘内隊 7. 食事についる		<u>とかめりまりか。</u>	□な	い 口のの 型	111	回数()	
			N/4				
(1)内容	□母乳		回数(回)			
	□ミルク □混合栄養		1回量(ml)			
	□離乳食 □幼児食		回数(回)			
(2)食物アレ	ルギー	□ない □ある	、※詳細について	は、入園決定	後に各施設へ	へお伝えください。	
			原因食品				
			症状				
		エピペンの処力	ったい にはありますか。	口ない	□ある		
			の処方はあります		-		
(3)食べ方	□経験がある	。 らもの 【□てづか	νみ ロスプーン	ロフォーク ロ	はし ロストロ		
	口食べさせて	きもう。					
	□自分で食~	ヾようとするが、 ヨ	F伝いが必要				
	□1人で食べ	る。					
(4)宗教によ	る食事の制限	口ない	口ある ※詳細に	ついては、入園	退決定後に各	施設へお伝えくた	さい 。
			対象食品()		
給食の	の献立によって	は、弁当の持参	をお願いする場合	おがあります。			

様式第1号(第3条関係)

問診	票 児童氏名 生年月日 月月日 は歳か月)
1. 妊娠中の疾病	□特になし □強いつわり □妊娠中毒症 □糖尿病 □風疹 □貧血症 □切迫流産 □羊水過多症 □その他()
2. 分娩について	□正 常□その他→ □早期破水 □微弱陣痛 □骨盤位 □吸引分娩□鉗子分娩 □帝王切開 □臍帯巻絡
3. 出生について ※下記に	在胎週数 (週) 体重 (g) 身長 (cm) 頭囲 (cm) 胸囲 (cm) 産院名 () あてはまる項目はありましたか。 □仮死 □チアノーゼ □低体重 □未熟児 □保育器に入った。(日間) □強い黄疸があった。→ □交換輸血 □光線療法 □母乳栄養中止 □注射 □を変換用 □その他 ()
4. 1日の生活リズ	ムについて 食事(ミルク・母乳・おやつを含む。)、遊び、お昼寝等の時間を記入してください。
_	一 朝食 一 昼食 一 就寝 一 就寝 一 時〕 「 日 時」 」 「 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日
□ □ □ 離	回数 (回) ルク 1回量 (ml) 合栄養 回数 (回)形状(回) 可換食 回数 (回)形状(回)
	べさせてもらう。 分で食べようとするが、手伝いが必要 人で食べる。→【□てづかみ □スプーン □フォーク □はし □ストロー □コップ】
(3) 食物アレルギー	□ない □ある
(4)宗教上等により	、食べることができない食物はありますか。□ない □ある(対象食品)
(5)家族の中でアレ	ルギーを持っている方はいますか。□いない □いる(誰が) (原因)
6. 着替えについて	□1人でできない □自分で着替えようとするが手伝いが必要 □1人でできる → 【□帽子 □シャツ □ボタンかけ □パンツ □靴下】
7. 排泄について	□おむつ □夜だけおむつ □オマル → 尿意は □わかる □わからない □トイレでできる → □手伝ってもらえばできる □1人でできる

(裏)

8. お子さんの成長や発達の面の心配事項について					
□発音がはっきりしないことが多くある。	□話しはじめの音や言葉を繰り返すことが多くある(吃音)。				
□聞こえが心配なことがある。	□思いどおりにならないと長時間パニックとなることがある。				
□おちつきがないと感じることがある。	□他の人をかんだり、たたいたりすることがある。				
その他()	ļ			
9. 身体障害者手帳や療育手帳の有無	♥ □ない □ある→□身体障害者手帳 □療育手帳				
10. ことばと発達の相談室又は児童発					
□ない □ある 施設名や内容()			
必要に応じて情報共	有をしてよろしいですか。 □はい □いいえ				
11. 施設で注意して欲しいことや伝えて	 ておきたいこと				
特記事項(市記入欄)					

(裏)

	今までに病気にかかって、入院したことはありますか。 □ない □ある 病名() 治療状況()
9.	睡眠時などに、無呼吸や呼吸が不規則になったことはありますか。□ない □ある	
	現在治療中又は定期的に診ている病気はありますか。 □ない □ある 病名 () 治療状況 ()
(1)	かかりやすい病気等はありますか。□ない □ある 病名 () 治療状況 () 熱性けいれんをおこしたことはありますか。 □ない □ある いつ () 何回 (けいれんを予防するための座薬の処方はありますか。□ない □ある 薬品名 (脱臼をしたことがありますか。 □ない □ある いつ () 何回 () 部位 ()))
	これまでの健診結果はどうでしたか。 *平熱を教えてください。) ℃ 1か月健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容(3~6か月健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容(9~11か月健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容(1歳6か月児健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容(3歳6か月児健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容(建診後に、医師等から助言を受け経過観察となっていることはありますか。□ない □ある()))))
13.	運動発達の経過について教えてください。 首すわり(か月) 寝返り (か月) おすわり(か月) はいはい(か月) つたいあるき(か月) 歩き始め(か月)	
14.	ことばや理解の発達について教えてください。 * () の時期は発達の目安であり、個人差があります。 □人に向かっておしゃべりをしようと声を出す。	
15.	お子さんの成長や発達の面で心配なことはありますか。 □発音がはっきりしないことが多くある。 □話しはじめの音や言葉を繰り返すことが多くある(吃音)。 □聞こえが心配なことがある。 □思いどおりにならないと長時間パニックとなることがある。 □おちつきがないと感じることがある。 □他の人をかんだり、たたいたりすることがある。 その他()	
16.	身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか。□ない□ある→□身体障害者手帳□療育手帳	
	児童発達支援機関を利用していますか。 □ない □ある→ 施設名や内容()
18.	保育園で注意して欲しいことや伝えておきたいことはありますか。	
	面接者所見・特記事項】 面接日 年 月 日 面接者	

転園希望児童調查票

保護者の皆さまへ

転園に当たり、	お子さま	ミがスム	ーズに新しい保育園等	岸に慣れることが	できるよう、	調査票の記入につ	ントノ
て御協力をお願い	いします。	また、	転園前の状況について	市から転園先に	連絡すること	について御理解を	こお
願いします。							

年 月 日 記入日 記入者名 年 月 日 フリガナ 児 童 名 生年月日 (歳 か月) 1. ≪今までに受けた健診について教えてください。≫ 健 診 名 受診月日 医師からの助言内容 1歳6か月児健診 3歳児健診 2. 《現病歴やアレルギー等について教えてください。》 (1) 入院歴はありますか。 □ない □ある 病名()入院時期(歳 ヶ月)入院期間(治療状況 □完治 □経過観察 (2) 現在治療中の病気はありますか。 □ない □ある 病名()治療状況((3) 熱性けいれんをおこしたことはありますか。 □ない □ある 回数() 最終発症日(座薬の処方はありますか。□ない □ある 薬品名((4) 脱臼や肘内障をおこしたことがありますか。 □ない □ある 部位() 回数((5) 食物アレルギーはありますか。 □ない □ある(原因食品: ①給食は、原因食品を除去していましたか。 □ない □ある ②エピペンや緊急時服用薬を保育園等に預けていましたか。□ない □ある(種類:) (6) 宗教による食事の制限はありますか。 □ない □ある 対象食品(※給食の献立により、弁当持参をお願いする場合がありますがよろしいですか。 □はい □いいえ (7) お子さまの成長発達面で、転園先の保育園等に伝えておきたいことはありますか。 □ない □ある () (8) お友達との集団生活の中で心配なことはありますか。 □ない □ある () (9) 身体障害者手帳、療育手帳又はライフサポートファイルをお持ちですか。□ない □ある(

(10) ことばと発達の相談室又は児童発達支援機関を利用していますか。 □ない □ある (

≪市記入欄≫

転園希望児童調査票

保	護	生の)毕	X	丰	\sim
$-\nu$ N	. □ 	- -	′ 🛏	_	\rightarrow	-

転園に当たり、	お子さまがスム	ムーズに新しい保育	「園等に慣れるこ	とができるよう、	調査票の記入につい
て御協力をお願い	いします。また、	転園前の状況につ	いて市から転園	先に連絡すること	とについて御理解をお
願いします。					

			L 入 日 L入者名	年	月	日
^{フリガナ} 児 童 名		生年月	月日 (年 歳	月 か	月)
1. ≪今までに受けた健調	 今や相談について教えて	てください。≫				
健診	名	受診月日	指導	掌内容及び経	過観察事	事項
1か月健診						
3~6か月児健診						
4か月乳児相談						
9~11か月児健診	1					
1歳6か月児健診	市町村					
	医療機関					
3歳児健診						
2. ≪現病歴やアレルギー(1) 今までに病気にかた□ない □ある	いって入院したことはある (状況:	うりますか。)
(2) 現在、治療中の病気	れや定期的に受診してV	いる病気はあります	ーカ ゝ。			
□ない □ある	5 (状況:)
(3) 現在、定期的に内服	设していたり、使用中 σ	お薬等はあります	ーカゝ。			
□ない □ある	5 (状況:)
(4) 熱性けいれんを起こ	こしたことはありますカ	7 °				
□ない □ある	5 (状況:)
※(「ある」にチェッ	クした場合) 座薬の処	方はありますか。	□ない □	ある		
(5) 脱臼をしたことがま	ありますか。					
□ない □ある	る (状況:)
(6) 食物アレルギーは	ありますか。					
□ない □ある	5 (原因食品:)
①給食は、原因食品を	除去していましたか。	口ない	□ある			
	起こしたことはありま			(原因:)
	ギー薬を保育園等に預)
(7) お子さまの成長発達		_				,
(1)ね丁でより以文先月	圭田 〜、 料図ルッパ 月歴	引守に囚えてわるた	_V · C C (4 <i>0</i>) !	· より //³。		
(8) お友達との集団生活	舌の中で心配なことはあ	っりますか。				
(9)身体障害者手帳、短	寮育手帳又はライフサ オ	ポートファイルをお	3持ちですか。	□ない□	ある()
(10) ことばと発達の村	目談室又は児童発達支援	受機関を利用してい	ますか。	□ない□	ある()
F						

≪市記入欄≫