

問 診 票	フリガナ	生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)
	児童氏名		
1. 出生について 在胎週数(週) 体重(g) 身長(cm)			
2. 運動発達の経過について 首すわり(か月) 寝返り(か月) おすわり(か月) はいはい(か月) つたい歩き(か月) 歩きはじめ(か月)			
3. 平熱 () °C			
4. これまでの健診結果について 1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 医師からの助言内容() 3歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 医師からの助言内容()			
5. 入院歴 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名() 入院時期(歳 か月) 入院期間() 治療状況 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察			
現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名() 治療状況()			
6. かかりやすい病気等について (1)熱性けいれんをおこしたことはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 回数() 最終発症日() けいれんを予防するための座薬の処方がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬品名() (2)脱臼や肘内障をおこしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 部位() 回数()			
7. 食事について			
(1)内容 <input type="checkbox"/> 母乳 } 回数 (回) <input type="checkbox"/> ミルク } 1回量 (ml) <input type="checkbox"/> 混合栄養 } <input type="checkbox"/> 離乳食 } 回数 (回) <input type="checkbox"/> 幼児食 }			
(2)食物アレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※詳細については、入園決定後に各施設へお伝えください。 (原因食品) (症状) エピペンの処方がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 緊急時服用薬の処方がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
(3)食べ方 <input type="checkbox"/> 経験があるもの【 <input type="checkbox"/> てづかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ】 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう。 <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが、手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 1人で食べる。			
(4)宗教による食事の制限 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※詳細については、入園決定後に各施設へお伝えください。 対象食品()			
給食の献立によっては、弁当の持参をお願いする場合があります。			

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ずることがある。 他の人をかんだり、たたいたりすることがある。

その他()

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達支援機関の利用

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おきたいこと

特記事項(市記入欄)

8. 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

10. 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 ()

11. かかりやすい病気等がありますか。 ない ある 病名 () 治療状況 ()
(1) 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がありますか。 ない ある 薬品名 ()
(2) 脱臼をしたことがありますか。 ない ある いつ () 何回 () 部位 ()

12. 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。 () °C
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 ()
※健診後に、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して声を出す。 (4~10か月頃)
なにか欲しいものがあるとき、指をさして要求する。 (11か月~1歳3か月頃)
「ママ」「ワンワン」等意味のある単語を2語以上話す。 (1歳~1歳4か月頃)
「~どれ?」と質問すると、指さしをして教えてくれる。 (1歳3か月~1歳9か月頃)
「〇〇ちょうだい」と言葉だけで聞いて、持ってくる。 (1歳~1歳6か月頃)
「ワンワン、きた」など2つつなげたことばを話す。 (1歳6か月~2歳6か月頃)
身近なおもちゃを使って簡単なごっこ遊び(電車ごっこ等)をする。 (2歳~2歳6か月頃)
同年齢の子どもと簡単な会話ができる。 (3歳頃)
名前や年齢を尋ねられると答えられる。 (3歳頃)

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ずることがある。 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

17. 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

転園希望児童調査票

保護者の皆さまへ

転園に当たり、お子さまがス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お願いします。

記入日 年 月 日

記入者名

フリガナ 児童名		生年月日	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 ()
座薬の処方がありますか。 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

保護者の皆さまへ

転園に当たり、お子さまがス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お願いします。

記 入 日 年 月 日

記入者名

フリガナ 児 童 名		生年月日	(年 月 日 歳 か月)
---------------	--	------	------------------

1. 《今までに受けた健診や相談について教えてください。》

健 診 名	受診月日	指導内容及び経過観察事項
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 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等について教えてください。》

(1) 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 (状況:)

(2) 現在、治療中の病気や定期的に通診している病気はありますか。

□ない □ある (状況:)

(3) 現在、定期的に通服していたり、使用中のお薬等がありますか。

□ない □ある (状況:)

(4) 熱性けいれんを起こしたことはありますか。

□ない □ある (状況:)

※(「ある」にチェックした場合) 座薬の処方がありますか。 □ない □ある

(5) 脱臼をしたことがありますか。

□ない □ある (状況:)

(6) 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アナフィラキシーを起こしたことはありますか。 □ない □ある (原因:)

③エピペンや抗アレルギー薬を保育園等に預けていましたか。 □ない □ある (種類:)

(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。

(8) お友達との集団生活の中で心配なことはありますか。

(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》