

児童名

上から順に、**お子様があてはまるところに** ☒ をしてください ( 年 月 日生)【現在 オ カ月】  
回答内容は、より安全に保育するための資料として利用させていただきます。入所の可否を決定するものではありません。

|             |                                            |                                                                |
|-------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 0、1、2歳はここから | <input type="checkbox"/> 動くものを目で追う         | <input type="checkbox"/> 空腹、不快をうったえて泣く                         |
|             | <input type="checkbox"/> 音や人の声がする方に向く      | <input type="checkbox"/> あやすと声を出して笑う                           |
|             | <input type="checkbox"/> おすわりができる          | <input type="checkbox"/> イナイイナイパーを喜ぶ(反応する)                     |
|             | <input type="checkbox"/> ハイハイする            | <input type="checkbox"/> 親が指さす方に向く                             |
| 3歳以上はここから   | <input type="checkbox"/> つかまり立ちをする         | <input type="checkbox"/> 言葉をまねる                                |
|             | <input type="checkbox"/> 一人で歩く             | <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶとふりむく                            |
|             | <input type="checkbox"/> 手をついて、階段をのぼる      | <input type="checkbox"/> ばいばい、ちょうだいがわかる                        |
|             | <input type="checkbox"/> 小さいものをつまむ         | <input type="checkbox"/> 指さしをする<br>(絵本を見てものの名前を言ったり、指さしたりする)   |
| 3歳以上はここから   | <input type="checkbox"/> 積み木を積み重ねる         | <input type="checkbox"/> 簡単な指示がわかる(おいで、もってきてなど)                |
|             | <input type="checkbox"/> 走る                | <input type="checkbox"/> 「あぶないよ」と言うと、止まったり、大人のところに<br>戻ってきたりする |
|             | <input type="checkbox"/> 紙をちぎったり、破ったりする    | <input type="checkbox"/> 大人のまねをする(イナイイナイパーなど)                  |
|             | <input type="checkbox"/> 鉛筆やクレヨンでぐるぐる○を描く  | <input type="checkbox"/> 高いところによくのぼる                           |
| 3歳以上はここから   | <input type="checkbox"/> 手つかみやスプーンで、自分で食べる | <input type="checkbox"/> 2語文を話す(ワンワンキタなど)                      |
|             | <input type="checkbox"/> 手をつかず、階段をのぼる      | <input type="checkbox"/> こだわりがあり、切り替えが難しい                      |
|             | <input type="checkbox"/> ボールをける            | <input type="checkbox"/> 大きい、小さいがわかる                           |
|             | <input type="checkbox"/> 両足とびができる          | <input type="checkbox"/> ごっこ遊びをする                              |
| 3歳以上はここから   | <input type="checkbox"/> じゃんけんがわかる         | <input type="checkbox"/> 赤、青、黄、緑がわかる                           |
|             | <input type="checkbox"/> ハサミで紙を切る          | <input type="checkbox"/> 簡単な言葉のやりとりができる                        |
|             | <input type="checkbox"/> ひとりで服を着る          | <input type="checkbox"/> 絵本を読んであげると喜ぶ                          |
|             | <input type="checkbox"/> 折り紙で遊ぶ            | <input type="checkbox"/> 自分の名前、年齢が言える                          |
| 3歳以上はここから   | <input type="checkbox"/> お箸で食べる            | <input type="checkbox"/> 自分の意見や要求を言葉で伝える                       |
|             | <input type="checkbox"/> しっかりした線を描く        | <input type="checkbox"/> 極端な偏食がある(うどんだけ食べるなど)                  |
|             | <input type="checkbox"/> ひとりで服を着る          | <input type="checkbox"/> 簡単な手伝いをする                             |
|             | <input type="checkbox"/> 折り紙で遊ぶ            | <input type="checkbox"/> トイレが自立できている                           |
| 3歳以上はここから   | <input type="checkbox"/> お箸で食べる            | <input type="checkbox"/> どこまで(行く→脱ぐ→排泄→着る→流す)                  |
|             | <input type="checkbox"/> しっかりした線を描く        | <input type="checkbox"/> 左右がわかる                                |

① 出生時の身長： c m 体重： g

② 今までに大きな病気に かかったことはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ いいえの場合③へ

病名： \_\_\_\_\_

病院名： \_\_\_\_\_

発病時期： 歳 か月頃

治療状況 ☐ 完治 ☐ 治療中

↓

・通院 回/月 ・服薬 回/日

※園生活の中で注意が必要なこと(服薬など)

③ 「ひきつけ」や「けいれん」を 起こしたことはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ いいえの場合④へ

直近の発生： 歳 か月頃

発生の原因： ☐ 発熱 °Cで ☐ 発熱なし ☐ 泣いたとき発生

④ 乳幼児健診を受診していますか ☐ はい ☐ いいえ

○ 受診済みの健診を教えてください ☒ ☐ 4か月 ☐ 10か月 ☐ 1歳半 ☐ 3歳児

○ 乳幼児健診で指摘を受けましたか ☐ はい ☐ いいえ

指摘内容

⑤ 食物アレルギーがありますか ☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない ☐ わからない場合⑥へ

原因： ☐ 卵 ☐ 牛乳 ☐ 小麦 ☐ エビ ☐ カニ ☐ その他

○どのような症状がありますか

家庭での対応 (除去食等)：

○アナフィラキシーがありますか ☐ はい ☐ いいえ ☐ いいえの場合⑥へ

↓

歳 か月頃

○エビペンを持っていますか ☐ はい ☐ いいえ

※エビペン：アナフィラキシーの症状が出た時に使用する補助治療剤

○医師の診断がありますか ☐ はい ☐ いいえ

→最後に受診したのはいつですか 年 月頃

⑥ 発育や発達のことで専門機関に相談・通所 したことはありますか ☐ はい ☐ いいえ

↓

施設名： \_\_\_\_\_

理由： \_\_\_\_\_

相談・通所の状況

外国籍の方へ

国籍： \_\_\_\_\_

特記事項

食べられない物など： \_\_\_\_\_

いつから日本に住んでいますか？

父： 年～ 母： 年～ 子： 年～

日本語はわかりますか？

父： 母： 子：

市役所記載欄 面接日： 年 月 日 担当：