

保育所利用申込時の調査票

| | | | |
|-----------|--------------|-------------------|---|
| 児童名（ふりがな） | （ ） | | |
| 児童生年月日 | 年 月 日（ 歳 ヶ月） | 性別 | |
| 保護者氏名 | （続柄 ） | （続柄 ） | |
| 住 所 | （〒 - ） | | |
| 日中の連絡先 | 1 | 父 ・ 母 ・ その他【 】（ ） | - |
| 電話番号 | 2 | 父 ・ 母 ・ その他【 】（ ） | - |
| （優先順） | 3 | 父 ・ 母 ・ その他【 】（ ） | - |

※入園に関する案内等を連絡いたしますので、優先順にご記入ください。

◎利用に関すること ※該当する箇所に☑記入をしてください。

| | |
|------------|--|
| 入所希望日 | 年 月 日（入所時期の変更 <input type="checkbox"/> 可【 年 月まで】 <input type="checkbox"/> 不可） |
| 利用時間 | 時 分 ～ 時 分（大まかな利用時間をご記入ください） |
| 土曜日の利用について | <input type="checkbox"/> 常時利用する <input type="checkbox"/> ときどき利用する <input type="checkbox"/> 利用しない |

◎発達に関すること ※該当する箇所に☑記入をしてください。

| | | |
|------------------|---|---|
| 発 達 状 況 | 出産時 | <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 早産・未熟児等 【出生時体重 g】 |
| | 栄養状況 | <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳食（ 回/日） <input type="checkbox"/> 普通食 |
| | 発育 | <input type="checkbox"/> 首すわり <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> おすわり <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> ひとりで歩ける |
| | ことば | <input type="checkbox"/> よく話す【 <input type="checkbox"/> 知っている人とだけ <input type="checkbox"/> 誰とでも 】 <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> まだ話せない |
| 健 診 状 況 | 1ヶ月検診 | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘事項（ ） <input type="checkbox"/> 観察事項（ ） <input type="checkbox"/> 未受診 |
| | 3～4ヶ月検診 | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘事項（ ） <input type="checkbox"/> 観察事項（ ） <input type="checkbox"/> 未受診 |
| | 1歳6ヶ月検診 | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘事項（ ） <input type="checkbox"/> 観察事項（ ） <input type="checkbox"/> 未受診 |
| | 3歳児検診 | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘事項（ ） <input type="checkbox"/> 観察事項（ ） <input type="checkbox"/> 未受診 |
| 健 康 状 況 | アレルギー 食物 その他 ※アレルギー-有の場合 生活管理指導票必要 | アレルギー（ ） 医師の診断 <input type="checkbox"/> あり【検査 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未】 <input type="checkbox"/> なし 医師からの食品制限の指示 <input type="checkbox"/> あり（品名 ） <input type="checkbox"/> なし アナフィラキシー <input type="checkbox"/> あり（症状 ） <input type="checkbox"/> なし 内服薬 <input type="checkbox"/> あり（薬名 ） <input type="checkbox"/> なし エピペン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 治療中の病気 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 病名（ ） 内服薬（ ） 医療機関名（ ） |
| | 今までにかかった 大きな病気、けが <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 病名（ ） 医療機関名（ ） 通院・入院期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日） 手術 <input type="checkbox"/> あり（内容 ） <input type="checkbox"/> なし |
| | 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> あり【障害内容 等級（ 級）】 <input type="checkbox"/> なし |
| | 療育手帳 | <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B 】 <input type="checkbox"/> なし |
| | 精神障害者 保健福祉手帳 | <input type="checkbox"/> あり【等級（ 級）】 <input type="checkbox"/> なし |
| | 特別児童扶養 手当受給 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 専門機関への通所 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 施設名（ ） <input type="checkbox"/> 週 回 通所 <input type="checkbox"/> 月 回 通所 |
| | 専門機関への相談 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 鼓ヶ浦整肢学園 <input type="checkbox"/> つばさ園 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | 発達面で気になること （集団生活での不安など） | |

※本調査票の内容に虚偽の記載があった場合、保育所の利用取消しとなる場合があります。