

0, 1, 2歳児クラス用 心身状況票 (お子さんの現在の状況)

下記について、記入をお願いします。該当する□にチェック及び記入をしてください。

令和 年 月 日記入

フリガナ 児童名	令和 年 月 日生	男・女	現在 歳 か月	保護者名 電話番号()
出生時のようす		成長のようす		
* 胎在期間 (妊娠第 週)		* 首の座り ()か月		
* 体重 (g)		* 寝返り ()か月		
* 身長 (cm)		* おすわり ()か月		
* 頭囲 (cm)		* はいはい ()か月		
* 胸囲 (cm)		* 離乳開始 ()か月		
* 出生時の状況 (元気 ・ 衰弱 ・ 仮死)		* 離乳完了 ()か月		
* 保育器の使用 (無 ・ 有 日)		* つかまり立ち ()か月		
		* 歩行開始 ()か月		
		* 人見知り ()か月頃～		
生活のようす				
食事	☐ ミルク ☐ 母乳 ☐ 牛乳			
	☐ 自分で食べられる (☐ 手づかみ ☐ スプーン ☐ フォーク ☐ 箸)			
排泄	偏食はありますか ☐ はい () ☐ いいえ			
	食事はどのようにしていますか ☐ 座って食べる ☐ 抱っこで食べる ☐ 動き回りながら食べる			
睡眠	オムツの使用はありますか ☐ はい ☐ いいえ			
	排泄のようすはどうですか ☐ 知らせる(尿 ・ 便) ☐ 知らせない(尿 ・ 便)			
着脱衣	トイレに行くはどうしていますか ☐ 介助が必要 ☐ 一人でできる			
	着脱衣のようすはどうですか ☐ 全てやってもらう ☐ 大人が手を貸すと自分で着ようとする ☐ 簡単な着脱は一人でやろうとする			
体の動き	その他に伝えたいこと()			
コミュニケーション	☐ うつ伏せで顔をもちあげ前をみる ☐ 仰向けやうつ伏せからお座りの姿勢になれる			
	☐ 転びやすい ☐ いすに座っていられる			
	☐ 話しかけられると声を発する ☐ 人が笑いかけると笑う			
	☐ 音のする方に顔をむける ☐ 絵を見て指さしをする			
	☐ 興味があるものに手をのばす ☐ 「ちょうだい」等言われた内容を理解し反応する			
	☐ 簡単な言葉の意味がわかる ☐ 意味のある単語を話す			
	☐ 大人が関わってあそぶと喜ぶ ☐ 一人でおもちゃであそぶ			
	☐ 手差しや声で要求を訴える			
その他に伝えたいこと()				

裏面もご記入ください➡

(裏面)

お子さんの健康状況について

- ※ 健康状況等の重要事項について申請内容が事実と異なる場合、利用内定や決定を取り消すことがあります。
- ※ お子さんを安全にお預かりするため、アレルギーや疾病がある場合は、程度に関わらず必ず申し出てください。
- ※ 保育を実施する上で特別な配慮が見込まれる場合、主治医の意見書や診断書等を提出して頂くことがあります。
- ※ 事前に希望施設の見学等で、アレルギーや疾病対応等をご相談ください。

お子さんが安全に保育所(園)等で、集団生活をしていく上で必要な情報ですのでご記入ください。

1 健診状況について

- ① ☐ 2か月児相談 ☐ 乳児健診(4か月～5か月) ☐ 1歳6か月児健診
☐ 2歳児歯科検診 ☐ 3歳児健診
その際に相談したことはありますか ☐ はい ☐ いいえ
(内容)
その際に助言や指導はありましたか ☐ はい ☐ いいえ
(内容)
- ② 発達について相談している施設や病院はありますか
☐ はい ☐ 健康づくり支援課(保健センター) ☐ 子育て総合センター ☐ 病院
☐ 療育機関 ☐ その他()
相談した時期はいつ頃ですか 年 月ごろ
相談内容()
☐ いいえ
- ③ お子さんのことで気になること、心配なことがありましたらご記入ください(行動面・身体的・ことば等)
- []

※ お子様の成育について、関連機関と連絡を取ることがありますがよろしいですか

- ☐ はい ☐ いいえ

2 心身の障害について

- ① 障害等がありますか ☐ はい(診断名) ☐ いいえ
はいにチェックした場合⇒医療機関で集団保育が可能か確認をしましたか ☐ はい ☐ いいえ
保育所(園)での医療行為は必要ですか ☐ はい ☐ いいえ
- ② 障害の程度
☐ 療育手帳 判定 ☐ 身体障害者手帳 級 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 級
☐ 福祉サービス受給者証 ☐ 申請中() ☐ 手帳等はない

3 心身の病気について

- ① 病気等がありますか ☐ はい(診断名) ☐ いいえ
はいにチェックした場合⇒医療機関で集団保育が可能か確認をしましたか ☐ はい ☐ いいえ
保育所(園)での医療行為は必要ですか ☐ はい ☐ いいえ
- ② ひきつけ、けいれんをおこしたことがありますか
☐ はい ☐ 熱性 ☐ 無熱性 ☐ てんかん ☐ その他()
今までに何回ありましたか 回 初発 歳 か月
☐ いいえ

4 アレルギー等について

- ① アレルギー体質がありますか
☐ はい ◎ 食べ物()
◎ 動物・植物() ◎ その他()
◎ 食物アレルギーがある場合、エピペン®や薬は処方されていますか ☐ はい ☐ いいえ
◎ アナフィラキシーショックの既往歴はありますか ☐ はい ☐ いいえ
☐ いいえ

※ 症状等によって、利用をご遠慮頂く場合があります。