

0, 1, 2歳児用 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 | <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 自分で食べられる (<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸) 偏食はありますか <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ 食事はどのようにしていますか <input type="checkbox"/> 座って食べる <input type="checkbox"/> 抱っこで食べる <input type="checkbox"/> 動き回りながら食べる その他に伝えたいこと() | | | |
| | オムツの使用はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 排泄のようすはどうか <input type="checkbox"/> 知らせる(尿・便) <input type="checkbox"/> 知らせない(尿・便) トイレに行くときどうしていますか <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 一人で行ける その他に伝えたいこと() | | | |
| 睡眠 | 睡眠で気になることがありますか <input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> いいえ その他に伝えたいこと() | | | |
| 着脱衣 | 着脱衣のようすはどうか <input type="checkbox"/> 全てやってもらう <input type="checkbox"/> 大人が手を貸すと自分で着ようとする <input type="checkbox"/> 簡単な着脱は一人でやろうとする その他に伝えたいこと() | | | |
| 体の動き | <input type="checkbox"/> うつ伏せで顔をもちあげ前をみる <input type="checkbox"/> 仰向けやうつ伏せからお座りの姿勢になれる <input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> いすに座っていられる その他に伝えたいこと() | | | |
| コミュニケーション | <input type="checkbox"/> 話しかけられると声を発する <input type="checkbox"/> 人が笑いかけると笑う <input type="checkbox"/> 音のする方に顔をむける <input type="checkbox"/> 絵を見て指さしをする <input type="checkbox"/> 興味があるものに手をのばす <input type="checkbox"/> 「ちょうだい」等言われた内容を理解し反応する <input type="checkbox"/> 簡単な言葉の意味がわかる <input type="checkbox"/> 意味のある単語を話す <input type="checkbox"/> 大人が関わってあそぶと喜ぶ <input type="checkbox"/> 一人でおもちゃであそぶ <input type="checkbox"/> 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事があります。
- ※ 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ご記入ください。

1 健診状況について

| | | | |
|---|---|---|--|
| ① | <input type="checkbox"/> 2か月児相談 | <input type="checkbox"/> 乳児健診(4か月～5か月) | <input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診 |
| | <input type="checkbox"/> 2歳児歯科検診 | <input type="checkbox"/> 3歳児健診 | |
| | その際に相談したことはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| | (内容) | | |
| | その際に助言や指導はありましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 健康づくり支援課(保健センター) | <input type="checkbox"/> 子育て総合センター <input type="checkbox"/> 病院 |
| | | <input type="checkbox"/> 療育機関 | <input type="checkbox"/> その他() |
| | 相談した時期はいつ頃ですか 年 月 日 | | |
| | 相談内容() | | |
| | <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| ③ | ①, ②の設問で「はい」の方は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 | | |
| | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| ④ | 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) | | |
| | [] | | |

2 心身の障害について

| | | | |
|---|--|--|--|
| ① | 障害等がありますか <input type="checkbox"/> はい(診断名) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| | 保育所(園)での医療行為は必要ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| ② | 障害の程度 | | |
| | <input type="checkbox"/> 療育手帳 判定 _____ | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 _____ 級 | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 _____ 級 |
| | <input type="checkbox"/> 福祉サービス受給者証 | <input type="checkbox"/> 申請中() | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい(診断名) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| | 保育所(園)での医療行為は必要ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 熱性 | <input type="checkbox"/> 無熱性 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他() |
| | 今までに何回ありましたか _____ 回 初発 _____ 歳 _____ か月 | | |
| | <input type="checkbox"/> 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="radio"/> 食べ物() | |
| | | <input checked="" type="radio"/> 動物・植物() <input checked="" type="radio"/> その他() | |
| | | <input checked="" type="radio"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| | | <input checked="" type="radio"/> アナフィラキシーショックの既往歴はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| | <input type="checkbox"/> 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。